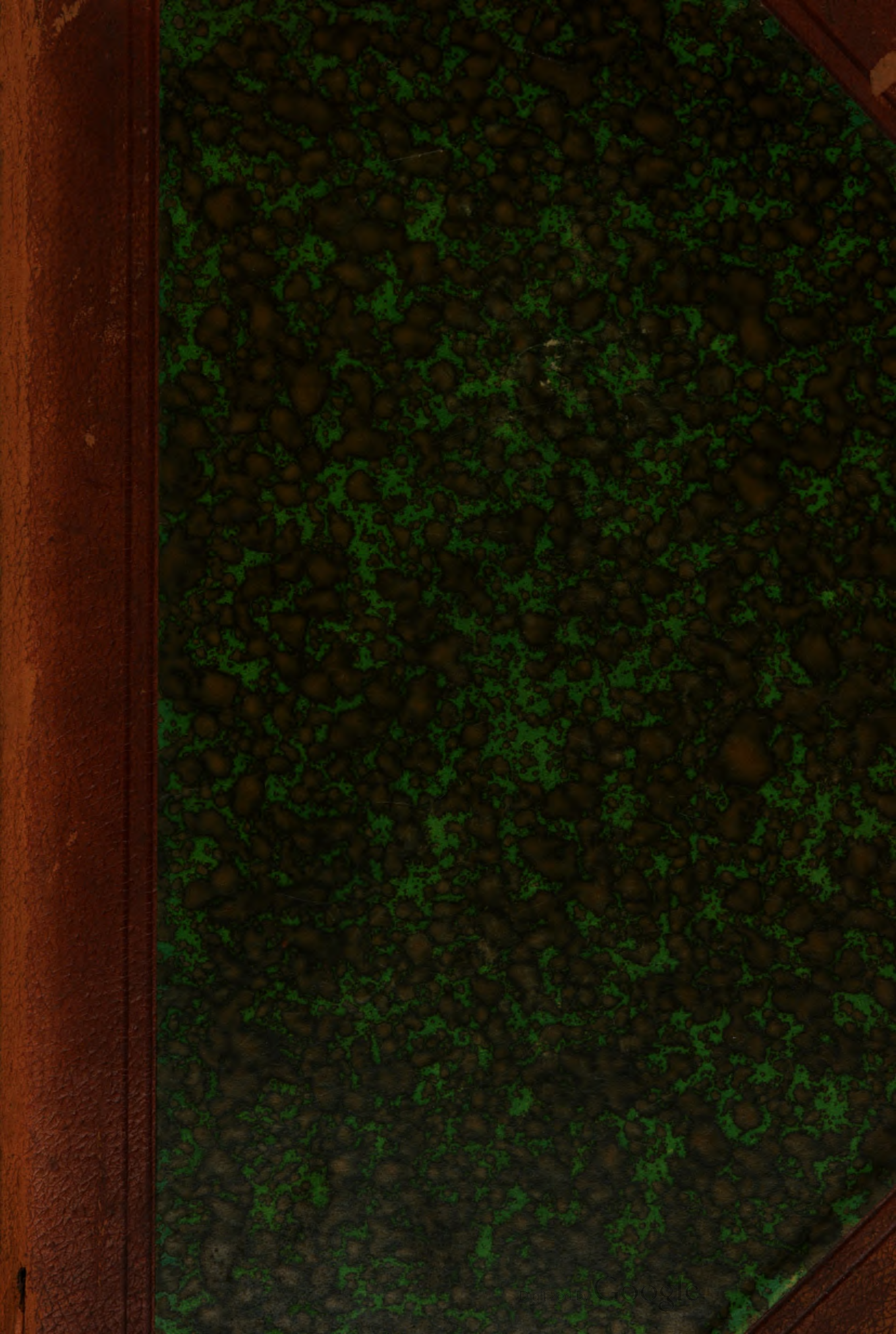
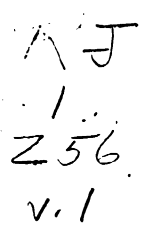
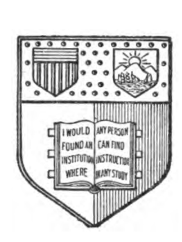
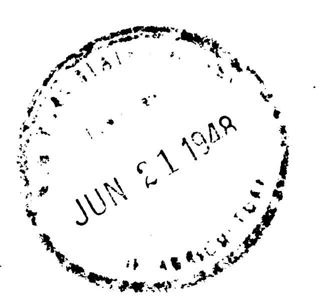



AJ
1
Z56
v. 1


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 055 532 968


I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY


Digitized by Google



CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN SPROTTAU.

I. JAHRGANG 1896.



LEIPZIG,
VERLAG DER DÜRR'SCHEN BUCHHANDLUNG.
1896.

Inhaltsverzeichnis.

Originalien.

Referate.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

Bücheranzeigen und Recensionen.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. **1. April 1896.** **No. 1.**

Inhaltsübersicht.

I. Zur Einführung.

Die Zeitschriften-Litteratur für Kinderheilkunde ist merkwürdigerweise bisher eine lückenhafte geblieben. Ausser den gross angelegten und kostspieligen Blättern, die für den eigentlichen Spezialarzt des Faches bestimmt sind, ist nichts vorhanden. Es fehlt unzweifelhaft ein Blatt, das ohne grosse Kosten den praktischen Arzt rasch über den neuesten Stand der Kinderheilkunde unterrichtet und ihm in kurzen Zügen ein vollständiges Bild von dem entrollt, was die gesamte Litteratur der letzten Wochen Neues und zugleich praktisch Verwertbares darüber gebracht hat. Jedes andere Fach unserer Wissenschaft hat sein Centralblatt, nur die Kinder-

heilkunde entbehrt eines solchen. Und doch ist gerade hier ein solches durchaus von nöten. Die Kinderheilkunde ist ein Spezialfach, aber ein solches, das zum grossen Teil dem praktischen Arzt selbst zufällt, ein Spezialfach, das ihm den bedeutendsten Teil seiner Clientel liefert, ein Spezialfach, in dem er täglich sein ganzes Wissen und Können beweisen muss. Ist doch dieses Spezialgebiet zweifellos das schwierigste von allen! Um in demselben stets auf dem Laufenden zu bleiben und seinen Gesichtskreis täglich zu erweitern, dazu bedarf der praktische Arzt eines Blattes, das ihm, ohne seine Zeit durch lange theoretische Auseinandersetzungen in Anspruch zu nehmen, alles Neue, was ihn irgendwie belehren, was zu seiner besseren Orientierung in dem schwierigen Gebiet dienen kann, scharf und klar vorführt. Diesem Programm nun soll das „Centralblatt für Kinderheilkunde" gewidmet sein. Seine Hauptaufgabe soll darin bestehen, durch kurze, aber doch alles Wissenswerte enthaltende Referate dem praktischen Arzte das Gebiet der Kinderheilkunde, soweit es in allen in- und ausländischen Fachzeitschriften zerstreut behandelt wird, im Zusammenhange zugänglich zu machen. Kurze Originalartikel, der täglichen Praxis entlehnt, sollen ab und zu den Inhalt vervollständigen, endlich fachgemässe Besprechungen neu erscheinender, die Kinderheilkunde betreffender Werke auf wichtige litterarische Neuigkeiten aufmerksam machen.

Und so hoffen und versprechen wir denn, eine wirkliche Lücke der medizinischen Journalistik durch Herausgabe des „Centralblattes für Kinderheilkunde" auszufüllen und wenden uns besonders an die praktischen Ärzte mit der Bitte, unserer Zeitschrift ihr Wohlwollen und Interesse zuzuwenden.

II. Originalarbeiten.

Zur Heilserum-Frage bei der Vorbeugung und Behandlung der Diphtherie.[1])

Von Prof. H. Lenhartz,
Direktor des Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg St. Georg.

I. Ueber den Wert der Immunisierung.

1. In der zum Allgemeinen Krankenhause gehörenden Augenheilanstalt traten vom 31. Januar bis 7. April 1895 in Pausen von 8—14 Tagen 7 Erkrankungen an schwerer Diphtherie ein. Am 25. Februar hatte die bakteriologische Untersuchung von 52 Kindern ergeben, dass vier derselben virulente Diphtherie-Bacillen ohne irgend welche örtliche und allgemeine Krankheitserscheinungen im Rachensecret beherbergten. Die 4 Kinder wurden isoliert und verloren die Bacillen, ohne später an Diphtherie zu erkranken; bei dem einen Kind blieben die Diphtherie-Bacillen 4 Wochen lang nachweisbar.

Da die regelmäfsig wiederholte bakteriologische Untersuchung einfach nicht durchführbar war und trotz der Entfernung obiger

*) Die ausfürliche Bearbeitung der Beobachtungen wird an a. O. später erscheinen. Hier habe ich besonders die Exantheme berücksichtigt.

4 Kinder neue Infektionen folgten, da ferner eine Räumung der beiden inficierten Säle aus Platzmangel nicht anging, so ordnete ich am 7. April an, dass ausser dem Bestand von 48 Kindern sämtliche von da ab neu zugehende Kinder sofort nach ihrem Eintritt in die Augenabteilung mit 175—200 J. E. eingespritzt wurden. Der Immunisierungsversuch wurde bis zum 3. März d. J. bei 201 Kindern ausgeführt. Eine neue Infektion ist seit April v. J. nicht wieder vorgekommen.

Wohl aber erkrankten zwei Kinder des Bestandes, die am Abend des 7. April mit 175 E. immunisiert waren, am andern Tage bereits mit leichter Diphtherie, die ohne nennenswerte Störung des subj. und obj. Allgemeinbefindens rasch heilte. Beide Kinder zeigten an den Mandeln mehrere linsengrosse, weissliche Beläge, von denen die Diphtherie-Bacillen in Reinkultur gezüchtet wurden.

Man wird mit vollem Recht annehmen dürfen, dass diese Kinder schon vor der Immunisierung inficiert waren. Der Verlauf der Diphtherie war in beiden Fällen, die noch mit 600 E. behandelt wurden, sehr glatt, während die früheren, an einem späteren Krankheitstage aus der Augenabteilung auf die Infektions-Baracke verlegten Kinder durchweg sehr ernst erkrankten.

2. Ausser den eben besprochenen 201 Kindern wurden noch 5 masernkranke, 2—4 Jahr alte Kinder mit 175—200 E. immunisiert, weil 2 Fälle von Masern mit gleichzeitiger Diphtherie in den Saal von aussen eingeschleppt waren; die geimpften Kinder blieben frei von Diphtherie.

Ueble Nebenwirkungen sind durch die Immunisierung der 206 Kinder in keinem Falle bewirkt.

Für den Zweifler haben solche Beobachtungen keinen beweisenden Wert; er wird sich mit der Annahme eines glücklichen Zufalls abfinden. Ich selbst ziehe aus der mitgeteilten Thatsache den Schluss, dass man in ähnlichen Fällen jedenfalls die Immunisierung versuchen soll. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wir für eine gewisse Zeit die Empfänglichkeit für die gefürchtete Krankheit herabsetzen oder vielmehr aufheben, und damit ist besonders für den Krankenhausarzt viel gewonnen.

3. Von den gleich zu besprechenden 46 Fällen von Pseudodiphtherie, die als Diphtherie-Kranke dem Krankenhause zugeführt und vorsichtshalber mit der Heildosis gespritzt wurden, erkrankte trotz des längern Aufenthalts auf der Diphtherie-Abteilung kein Fall an echter Diphtherie. Auch diese Beobachtung spricht m. E. für den Immunisierungswert des Serums.

II. Ergebnis der Serum-Behandlung bei Diphtherie.

Im Jahre 1895 wurden meiner Infektions-Baracke im ganzen 182 Kranke mit der Diagnose Diphtherie zugeführt. Von diesen boten aber nur 137 Fälle (= 75,27%) echte Diphtherie dar, die bei 136 Fällen bakteriologisch gesichert wurde. Nach den klinischen Erscheinungen des einen Ausnahmefalles war an der Diagnose der Diphtherie nicht zu zweifeln; es muss angenommen werden, dass die Diphtherie-Bacillen der am 3. Krankheitstage aufgenommenen Kranken durch die massenhaft vorhandenen Staphylo- und Streptokokken ver-

1*

deckt waren. Alle Diphtherie-Kranken wurden ausschliesslich mit Serum behandelt, jeder örtliche Eingriff wurde streng vermieden, auch bei starker Beteiligung der Halslymphdrüsen nie Kälte oder dgl. angewandt. Bei bedrohlich fortbestehenden Einziehungen wurde tracheotomiert und möglichst nach 2—3 Tagen decanüliert. Bei bestehender Nephritis ordnete ich allgemeine feuchtheisse Einpackungen an. Schwächezustände und andere Folgen der schweren Infektion wurden in allgemein üblicher Weise behandelt. Das Gesamtergebnis war eine Sterblichkeit von 12,4%.

Auf den ersten Blick dürfte diese Zahl ziemlich hoch erscheinen und manchen Zweifler in seinen Bedenken gegen die Serum-Therapie bestärken. Bekanntlich spielen aber Alter und Kräftezustand, etwa vorausgegangene Krankheiten und bei der Serum-Therapie ganz besonders der Beginn der specif. Behandlung eine grosse Rolle. Es steht mir hier nicht der Raum zur Verfügung, um in eine genauere Betrachtung der Einzelfälle einzutreten und obige Punkte dabei abzuwägen, deshalb sei mir hier nur der Hinweis gestattet, dass unter den 137 Fällen sich befanden:

	20	Kinder bis zu	$1^1/_2$	Jahren.
oder	49	- - -	3	-
„	67	- - -	4	-
„	81	- - -	5	-
bez.	104	- - -	10	-

und dass von den 137 Fällen 19 am 1., 30 am 2., 21 am 3. Krankheitstage, die übrigen meist um den 5. und 6. Tag und später aufgenommen wurden, dass ferner 25 Kinder sehr bald nach der Aufnahme tracheotomiert werden mussten, (6 starben), und von den 17 Todesfällen, die sich nur auf Kinder im Alter von 11 Monaten bis 7 Jahren beziehen, allein 5 innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Aufnahme endeten, während 2 weitere nach 20 Stunden, ein 8. nach $1^1/_2$ und ein 9. nach $2^1/_2$ Tagen abliefen.

Diese flüchtigen Umrisse zeigen dem Kundigen den Charakter unserer Fälle.

Für die Beurteilung der Serum-Wirkung ist es aber nötig, dass ich auch die auf die chirurgische Abteilung des Krankenhauses aufgenommenen Fälle heranziehe. Im allgemeinen besteht hier der Gebrauch, dass die zur Tracheotomie hereingeschickten Kinder auf die chirurgische, die übrigen Diphtherie-Fälle auf die innere Abteilung kommen. Erst die Gesamtzahl giebt also ein klares Bild über den Charakter der Diphtheriefälle. Im Jahre 1895 wurden auf die chirurgische Abteilung 45 Fälle aufgenommen: davon starben 13 = 28,88%. Es wurden 39 operativ behandelt = 86,66%, wovon 12 starben = 30,76% Mort.

Von allen ins Krankenhaus aufgenommenen 182 Diphtherie-Fällen starben demnach 30 = 16,47% Mort.; es wurden von den 182 Fällen 64 operiert = 35,16%, hiervon starben 18 = 28% Mort.

Nach einer früher von Rumpf*) gegebenen Statistik schwankte die Mortalität an Diphtherie in unserm Allgemeinen Krankenhause

*) Verhandl. des ärztl. Ver. zu Hamburg 1894 S. 98.

in den Jahren 1889—1898 zwischen 35—52%; sie betrug im Durchschnitt der 5 Jahre 43% bei einer jährl. Durchschnittszahl von 150 Diphtherie-Kranken (99—254 niedrigste und höchste Jahresziffer). Legt man also Wert auf Statistik, so wird man unsere jetzige Sterblichkeitsziffer doch als sehr günstig ansprechen und sie auf das Serum beziehen dürfen. Wägt man aber, was ich vorziehe, die einzelnen Fälle ab, erlebt man immer wieder von neuem die wunderbare Veränderung, die schwer krank aufgenommene Kinder 24 Stunden nach der Injektion darbieten, sieht man in auffällig grösserer Zahl wie früher schwere Kehlkopfverengerungen ohne Operation günstig ablaufen, kann man feststellen, dass operierte Kinder in grösserer Zahl mit dem Leben davon kamen, wie wir dies früher sahen, so prägt sich mit jedem weiteren Falle die Ueberzeugung mehr aus, dass wir auf diesem Gebiete — dank Behring — grosse Fortschritte gemacht haben. Und es wird m. E. noch eine Pflicht des Arztes, dass er das Mittel so frühzeitig wie möglich anwendet.

III. Exantheme und Begleiterscheinungen als Nebenwirkungen des Serums.

Trotz der zahlreichen und oft hohen Einzelgaben des Serums habe ich mich kaum in einem Falle von der Schädlichkeit des Mittels für die Nieren überzeugen können; auch anderweitige Störungen haben wir nicht bemerkt ausser den hier näher zu berücksichtigenden Exanthemen und deren Begleiterscheinungen.

Die Exantheme kamen in verschiedenen Formen zur Beobachtung; wir sahen eben wahrnehmbare Erytheme in der Umgebung der Injektionsstelle, einzelne zerstreute Quaddeln oder solche in grosser Zahl über den ganzen Körper ausgebreitet; beobachteten Masern- und Scharlach ähnliche Exantheme bald in reiner, bald in gemischter Form, ebenso das Eryth. exsudat. multiforme und einmal deutliche Purpura. Neben dem Ausschlag bestanden nicht selten Gelenkschmerzen mit und ohne Schwellung. Bald traten beide Erscheinungen nur ganz flüchtig auf, bald hielten sie mehrere Tage lang an. Das Allgemeinbefinden war bisweilen selbst bei ausgebreiteten Scharlach-ähnlichen Exanthemen nicht gestört und andere Male sichtlich beeinträchtigt. Fieber bald vorhanden, bald fehlend. Je nachdem Störungen des Allgemeinbefindens und der Temperatur auffällig hervortraten oder fehlten, gebe ich folgende kurze Aufstellung:

Es erkrankten von

		davon leicht	mittelschwer
137 Diphth.-Fällen der innern Abt. mit Exanthem	21 = 12,4%,	11 = 8,1%,	9 = 6,65%,
45 Diphth.-Fällen der chirurg. Abt. mit Exanthem	4 = 8,8%,	2 = 4,4%,	2 = 4,4%,
182 Diphth.-Fällen beider Abt. mit Exanthem	25 = 13,73%,	13 = 7,14%,	11 = 6,0%,
46 Pseudodiphth.-Fällen der innern Abt. mit Exanthem	10 = 21,74%,	7 = 15,2 %,	3 = 6,5%,

zus. von 228 Krankheitsfällen, die mit Serum behandelt sind, mit Exanthem 35 = 15,35%, davon leicht 20 = 8,7%, mittelschwer 14 = 6,14%, schwer 1 = 0,43%

Die Uebersicht lehrt, dass in Folge der Serum-Einspritzung sowohl bei Diphtherischen, wie bei Pseudodiphtherischen diese Folgekrankheiten auftreten können. Die Neigung zu der Nachkrankheit ist bei beiden gleich gross, wenn wir die mittelschweren Fälle vergleichen; für die leichten Exantheme stellen die Pseudodiphtherien sogar die relativ grössere Zahl. Das Bild der Serum-Nachkrankheit unterschied sich bei beiden Gruppen in keiner Weise.

Alle Erkrankten haben mindestens 600, die meisten (etwa 86%) weit höhere J. E. erhalten; als Mindestgabe kommen also wohl 600 J. E. in Betracht. Jedenfalls sind bei den mit 175—200 J. E. gespritzten 206 Kindern nie Exantheme aufgetreten.

Betrachte ich die einzelnen Gruppen mit Rücksicht auf die angewandte Serum-Menge, so ergiebt sich folgendes.

Es hatten erhalten:

bei Pseudodiphtherie:

von den 3 mittelschwer nacherkrankten Kindern	2	Fälle je	600	E.
	1	- -	1000	-
das 3 leicht - - - alle	3	- -	1000	-
- 4 - - - Erwachsenen	1	- -	600	-
	2	- -	1000	-
	1	- -	1500	-

bei Diphtherie:

von den 9 mittelschw. nacherkrankten 6 Kindern	6	Fälle je	1500	E.
3 Erwachs.	3	- -	1500	-
das 1 schwer nacherkrankte Kind	1	- -	1500	-
von den 11 leicht nacherkrankten 9 Kindern	2	- -	600	-
	2	- -	1000	-
	5	- -	1500	-
2 Erwachsenen	1	- -	1000	-
	1	- -	2000	-

Ein Blick in diese Uebersicht lehrt, dass die Höhe der Gabe für die Nachkrankheit sicherlich von Bedeutung ist, dass aber unzweifelhaft eine gewisse Idiosynkrasie oder individuelle Disposition mit in Frage kommt. Dafür spricht, dass 25 andere Diphtherie-Kinder ebenfalls 1500 J. E., 5 weitere sogar 2 × 1500 J. E., endlich 10 andere 1000 J. E. erhielten ohne jede Spur von Nachkrankheit. Das Alter der Kinder scheint dabei ohne Bedeutung zu sein. Ein 2monatl. (geheiltes) Kind mit schwerer Nasen- Rachen-, und Gaumen-Diphtherie erhält 1500 E. und bietet nur ganz flüchtiges Exanthem mit leichter Temp.-Steigerung dar, und ein 6jähr. Kind wird schon nach 600 J. E. von 4tägigem hohem Fieber mit ernsteren Allgemeinerscheinungen ergriffen! Sehr wahrscheinlich ist es dagegen, dass die Beschaffenheit des Serums, gewisse uns noch unbekannte Beimengungen, von Bedeutung sind; für diese Annahme kann ich die Thatsache anführen, dass im Januar d. J. nach der Injektion eines gleichnamigen „Opus“ 3 heftige Nachkrankheiten von uns beobachtet wurden. Aber ich möchte andrerseits nicht verschweigen, dass wir bei vielfacher Anwendung

derselben „Nummer“ gelegentlich auch nur ein Kind erkranken sahen. Ohne die Annahme der Indiosynkrasie kommen wir also kaum aus.

Ueber Beginn, Dauer und Begleiterscheinungen des Exanthems will ich noch folgendes anfügen:

Juckende, fieberlose Erytheme und Quaddeln traten zwischen dem 4.—9., aber noch bis zum 20. Tage p. Inj. auf.

Die Masern- und Scharlach-ähnlichen Exantheme sahen wir sehr selten vor dem 7.—8. Tage, meist erst zwischen dem 10.—16. Tage, in $^{3}/_{4}$ der Fälle zwischen dem 7.—12. Tage p. I. erscheinen; sie hielten meist nur 1—2 Tage, bisweilen aber 4—5 Tage an und befielen oft den ganzen Körper. Die Scharlach ähnlichen Fälle waren nur dadurch vom echten Scharlach zu unterscheiden, dass, abgesehen von der meist unregelmäſsigen Verteilung, auch die gänzliche Nichtbeteiligung der Zunge und der Rachenteile auf die antitoxische Entstehung hindeuteten. Auch fehlte stets die Abschuppung. Wir sahen dies allgemeine Scharlach-Exanthem zweimal ohne jede Spur von Temperatur-Erhöhung.

Von echten Masern konnte das ihnen ähnelnde Exanthem meist durch das Fehlen des Prodromalfiebers und des Schleimhautexanthems, sowie aus der meist abweichenden Lokalisation unterschieden werden; auch begann dies Exanthem in der Regel einen Tag früher als das Fieber.

Der 30. Tag war der späteste Zeitpunkt, an dem wir ein antitoxisches Exanthem beginnen sahen.

Die Beteiligung der Gelenke war mehreremale nur durch die Klagen der Kranken angezeigt; es fehlte jede Schwellung und Rötung, trotzdem wurden aktive und passive Bewegungen ängstlich vermieden. Anderemale boten die Gelenke das Bild des typischen akuten Gelenkrheumatismus; die Haltung, Schwellung, Röte und Schmerzhaftigkeit der Gelenke war in keiner Weise von dem Verhalten bei jenem unterschieden, auch der bisweilen vorhandene flüchtige Charakter vergrösserte die Aehnlichkeit. Im ganzen beobachteten wir die Gelenkbeteiligung bei der Pseudodiphtherie zweimal, bei den Diphtheriefällen sechsmal. In der Regel begann das Exanthem und Fieber schon früher.

Von Interesse ist die wiederholt von uns gemachte Beobachtung, dass mit dem fieberhaften Exanthem auch eine Schwellung der Milz und verschiedener Lymphdrüsen verbunden war. Ich führe hier einige Fälle an, die gleichzeitig auch als Beispiel für den Verlauf des Exanthemfiebers gelten mögen:

1. Pseudodiphtherie. Auguste W., 3 J., wird am 28/2 95 mit Blennorrhoea conj. und verdächtiger Angina von der Augenabteilung verlegt und bot 11 Tage lang mäſsig remittierendes Fieber dar mit 38,7 als höchster Temp. Am 12. Tage nach der Inj. (von 600 J. E.) plötzlich höheres Fieber, Temp. bis 40,0, Remission am folgenden Tage; dann beginnt unter neuem Anstieg der Temp. bis 40,8 am 3. Tage ein allgemeines Scharlach-Exanthem, das im Gesicht kaum wahrnehmbar ist, aber den übrigen Körper und besonders die Glieder stark befällt; Zunge und Rachenteile bleiben völlig unbeteiligt.



Die vorher nie fühlbare Milz tritt $1^1/_2$ Finger breit als pralles Organ unter dem Rippenbogen hervor. Das Allgemeinbefinden ist erheblich gestört. Das Exanthem blasst am nächsten Tage ab, und es beginnt mit völliger Entfieberung ziemlich rasche Besserung. Die Milz ist aber noch etwa 10 Tage fühlbar. Abschuppung bleibt aus. Das Kind wird am 7/4 95 geheilt entlassen. Die sehr heftige Blennorrhoe war vom 21/3 ab geheilt.

2. Diphtherie. Agathe K., 18 J., wird am 2. Krankheits-Tage mit 40,2 aufgenommen und nach Inj. von 1500 J. E. in 36 Std. fieberfrei. 6 Tage später beginnt Urticaria an der Injektionsstelle, die nach 2 Tagen den ganzen Körper befällt. Dabei deutlich fühlbarer Milztumor. In den beiden nächsten Tagen hat das Exanthem einen scharlachähnlichen Charakter, auch tritt Herpes lab. auf. T. schwankt zwischen 38,0—38,7. Ellbogen-, Finger- und Kniegelenke bleiben zwei Tage sehr schmerzhaft. Es folgt rasche ungestörte Genesung.

3. Diphtherie. Elise M., 4 J. alt, wird am 7. Krankheitstage mit schwerer Larynx-D. aufgenommen und erhält 1500 J. E. 5 Tage später, während die Diphtherie einen guten Verlauf genommen hat, tritt unter Fiebererscheinungen (T. 39,5) fühlbarer Milztumor auf und Schwellung der Achseldrüsen beiderseits. Die Temp. ist in den nächsten Tagen meist bis 38,5 erhöht. 10 Tage nach der Inj. tritt zweitägige Urticaria ein. Dann folgen noch 4 Tage mit subfebriler Temp. und schliesslich völlige und rasche Genesung.

In keinem Falle von Exanthemfieber sahen wir einen ungünstigen Ausgang. Unter allen 137 Fällen erlebten wir auch nur eine wirklich schwere Erkrankung. Gleichwohl mahnen die Beobachtungen zur Vorsicht in der Anwendung der hohen Gaben. Wird das Serum frühzeitig angewandt, was ja meist in der Hand des prakt. Arztes liegt, so sind ernstere Störungen zu vermeiden. Bekommen wir, wie dies leider der häufigere Fall, die Kinder infolge des elterlichen Widerstandes erst später ins Krankenhaus, so wird nichts andres übrigbleiben, als die nur in 6% wahrscheinlichen (beachtenswerten) Serum-Nebenwirkungen mit in den Kauf zu nehmen, um der grösseren Gefahr zu entgehen.

IV. a) Diphtherie mit Recidiv wurde bei 137 Fällen dreimal beobachtet.

1. Das 22jährige Dienstmädchen Käthe P., vom 25. Februar bis 22. März 1895 im Haus war am zweiten Krankheitstage mit Temperatur 40 aufgenommen, entfieberte kritisch und war nach 6 Tagen belagfrei. Nach 11tägiger Pause, in der die Diphtherie-Bacillen verschwunden waren, trat ein neuer Belag auf der rechten Mandel ein mit Diphtherie-Bacillen und Temperatur 38,5. Nach 2 Tagen Hals frei.

2. Die $3^1/_2$jährige Erna H., vom 17. Mai bis 1. Oktober im Krankenhaus, erhielt bei der am 6. Krankheitstage erfolgten Aufnahme 1500 E. Rachen und Kehlkopf schon wochenlang ohne Belag und frei von Diphtherie-Bacillen, das Kind wegen Gaumen- und Augenmuskellähmung noch in Behandlung. Am 30. Juli Temperatur 39,5. Belag und Diphtherie-Bacillen — rasche Genesung.

3. Der $6^1/_2$jährige Hans St., vom 4. bis 25. Dezember 1895 in

Behandlung, war am 3. Krankheitstage mit Temperatur 39,0 aufgenommen, wurde tracheotomiert und erhielt zweimal je 1500 E. Vom 22. bis 24. Dezember zeigten sich aufs neue Beläge mit Diphtherie-Bacillen, die völlig verschwunden waren, als die besorgte Mutter ihn gegen Revers abholte.

b) Eine zweite Erkrankung an Diphtherie beobachteten wir bei dem 4jährigen Otto M., der am 27. Septbr. 1895 nach 4tägiger Dauer der Krankheit aufgenommen und sehr bald tracheotomiert wurde. Er erhielt am 27. September 1500 E. und wegen Fortbestehens der Rachen- und Gaumenbeläge am 29. September nochmals 1000 E. Am 30. September Beseitigung der Kanüle. 18. Oktober völlig geheilt entlassen.

Der Knabe war am 17. Juni 1894 wegen echter Larynx-Diphtherie bereits einmal tracheotomiert worden.

Auf die interessanten, aus solchen Beobachtungen abzuleitenden Fragen über natürliche und künstliche Immunität u. s. w. kann ich an dieser Stelle nicht näher eingehen.

Anhang.

V. Herpes labialis bei Diphtherie.

Da von mancher Seite das Vorkommen von Herpes labialis bei echter Diphtherie bezweifelt und bisweilen sogar als differentialdiagnostisches Zeichen angesehen wird, führe ich hier nur kurz an, dass ich unter meinen 136 Fällen mit bakteriologisch und klinisch gesicherter Diphtherie fünfmal Herpes gesehen habe. 3 Fälle betrafen Kinder von 4—11 Jahren, 2 Fälle Erwachsene von 16—22 Jahren.

VI. Familien- und Haus-Erkrankungen an Diphtherie.

Unter unsern Fällen kamen — abgesehen von den aus unserer Augenabteilung stammenden Fällen — 18 Haus-Gruppen-Erkrankungen mit zusammen 47 in das Krankenhaus aufgenommenen Einzelfällen vor. Von mehreren Familien ist uns aber bekannt, dass noch eine grosse Zahl — mindestens 20 weitere Fälle — hinzuzurechnen sind. Wir selbst erhielten aus 12 Familien je 2, aus 3 Familien je 3, aus 2 Familien je 5 Angehörige.

Ueber manche interessante, aus diesen Gruppenbeobachtungen abzuleitende Folgerungen werde ich an anderer Stelle berichten.

III. Referate.

1) H. v. Ranke. Zur Serumtherapie, insonderheit über die Wirkung des Behring'schen Serums bei der sogen. septischen Diphtherie.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XLI. Heft 2.)

In der Zeit vom 24. September 1894 bis 1. September 1895 kamen in der Münchener Universitäts-Kinderklinik 225 für die Resultate der Injectionstherapie verwertbare Fälle vor, von denen 43 starben; also 19,1% Mortalität gegenüber 42,2 — 57% in den vorausgehenden 8 Jahren. Da unter diesen Fällen 17 mit Scharlach, 5

mit Masern compliziert waren, verbleiben 203 Fälle primärer Diphtherie mit 16,7% Mortalität. Sehr eclatant trat besonders der günstige Einfluss des Serums auf die Laryngostenose hervor. Von den 203 Fällen boten 108 (53,2%) bei der Aufnahme eine solche dar. Bei 33 (30,5%) von diesen ging dieselbe nach der Injection spontan zurück, bei 68 Fällen musste operiert werden, und zwar starben davon 21 (= 30,9%), während in den letzten 8 Jahren die Mortalität dieser Gruppe 59,5—75,4% betragen hatte. Besonders erfreulich ferner gestalteten sich unter der Serumtherapie die Erfolge der Intubation, indem die Kanüle viel rascher entfernt werden konnte, wodurch die Gefahr eines Decubitus sich wesentlich verminderte. Auf Grund von 46 durch die Intubation allein erreichten Heilungen unter der Serumtherapie stellt sich das Verhältnis folgendermaſsen:

Vor der Serumzeit konnte die Tube weggelassen werden

nach 24 Stunden oder etwas früher	bei	8%
während der Serumzeit	„	19%
nach 2 Tagen vor der Serumzeit	„	26%
jetzt	„	45,7%
		34 : 64,7%

Der 3. und 4. Tag gaben vor und während der Serumzeit annähernd gleiche Zahlen. Bei der Gruppe aber, die die Tube länger als 4 Tage benötigte, tritt der procentisch grösste Unterschied hervor:

vor der Serumzeit waren es 36% aller Intubierten,
jetzt noch . . . . . . 10,8% „ „

Es wurden ziemlich grosse Dosen von Serum angewendet, d. h. im Durchschnitt 1284 Einheiten pro Fall. Schlimme Folgen traten nie ein. —

Was nun die „septische Diphtherie“ anbelangt, so ist dieselbe klinisch charakterisiert durch besonders ausgebreitete, meist missfarbige, zuweilen über das Niveau der Schleimhaut hervorragende Membranen auf den geröteten Fauces (diese Membranen überziehen häufig nicht nur die Mandeln, sondern auch Uvula, hintere Pharynxwand und weichen Gaumen, zuweilen selbst den harten, und sehr oft besteht gleichzeitig Nasendiptherie), durch Foetor ex ore, meist schmerzhafte Lymphdrüsenschwellung an den Kieferwinkeln, häufig mit mehr oder weniger starker Infiltration des die Drüsen umgebenden Gewebes, ferner durch Symptome schwerer Allgemeininfektion (meist Albuminurie, nicht selten Milzschwellung); weiter kommen hinzu Benommenheit, fahl cyanotische Farbe des leicht gedunsenen Gesichts, frequenter kleiner, zuweilen aussetzender Puls, schwere Anorexie, manchmal auch schwerstillbares Erbrechen, endlich in den schwersten Fällen noch Blutungen der Nase, Ecchymosen der Haut u. s. w. Das Fieber ist meist nicht hoch, zuweilen, besonders in den späteren Stadien, auffallend gering oder ganz fehlend. Der Tod erfolgt meist durch Herzschwäche.

Bei solchen Fällen sollte, so hiess es anfangs, das Serum unwirksam sein; heute weiss man, dass es auch hier, wenn früh angewendet, segensreich wirkt, was auch v. R. bestätigen kann. Von jenen 225 Fällen boten 30 das Bild der „septischen Diphtherie“

dar. Von 22 vor Ablauf des 3. Erkrankungstages in Behandlung gekommenen Fällen starben nur 2, von den übrigen, die erst vom 4.—7. Tage injiciert wurden, 6.

Beruht nun die „septische Diphtherie" wirklich auf Einwirkung anderer Bacterienarten, besonders der Streptococcen, oder können auch Löffler'sche Bacillen allein unter dem Einfluss einer stärkeren Virulenz event. hier auch allein maſsgebend sein? Für letzteres scheint der bacterielle Befund der Fälle v. R's. zu sprechen.

Aber kann man denn hier auch wirklich das Wort „septisch" gebrauchen? Von 27 genau kontrollierten Fällen „septischer" Diphtherie hatten 22 Mischinfection von Diphtheriebacillen und Streptococcen = 81,4%; 3 hatten Diphtheriebacillen fast in Reinkultur = 11%, während in 2 Fällen nur Streptococcen nachgewiesen wurden = 7,4%. Vergleicht man dies mit den Befunden des Gesamtmaterials, so kamen auf 184 Fälle 153 (= 83,1%) auf Mischinfektion, bei 18 Fällen (= 9,7%) fanden sich Diphtheriebacillen fast in Reinkultur, und bei 12 Fällen (= 6,5%) fanden sich nur Streptococcen. Man sieht, dass der bacterielle Befund aller Fälle von Diphtherie fast ganz übereinstimmte mit dem der nur septischen Fälle, und wir haben also kein Recht, die bacterielle Genese der septischen Fälle als eine von der gewöhnlichen Diphtherie abweichende anzusehen.

Aber auch sonst spricht vieles gegen die Annahme einer „Sepsis." So das Mortalitätsverhältniss: die septischen Erkrankungen enden in der Regel letal, die Mehrzahl der Fälle von septischer Diphtherie ist, wenn früh mit Serum behandelt, heilbar. Dann auch der pathologisch-anatomische Befund: bei jenen multiple Abscesse und umschriebene hämorrhagische Heerde in den verschiedensten Organen, wobei embolische Processe die Hauptrolle spielen, dann eitrige Entzündungen in den Gelenken, eitrige Pleuritis und Meningitis, acute Endocarditis, bei septischer Diphtherie von alledem nichts, höchstens Blutungen, namentlich bei tötlich endenden Fällen, aber auch nie in Form blutiger Infarkte innerer Organe oder als Netzhautblutung, wie bei Septicämie, sondern als einfache Ecchymosen der äusseren Haut oder der serösen Häute, oder als Schleimhautblutungen, oder endlich als hämorrhagische Entzündung, wie wir derselben auch bei anderen acuten Infectionskrankheiten (Scharlach, Masern, Blattern) begegnen. Schliesslich bleibt noch der Verlauf des Fiebers, das bei septischen Processen hoch zu sein und mit Schüttelfrösten einherzugehen pflegt, indem es einen intermittierenden oder stark remittierenden Charakter annimmt, was bei Diphtherie nie der Fall ist. v. R. hat oft genug gesehen, dass in dem Kulturverfahren bei septischen Fällen von Diphtherie die Streptococcen die Diphtheriebacillen überwuchern, auch will er nicht ganz in Abrede stellen, dass durch Symbiose von Streptococcen mit dem Diphtheriebacillus letzterer eine grössere Virulenz gewinnen kann, aber er behauptet, dass für die sogen. septischen Fälle von Diphtherie der Nachweis einer wirklichen „Sepsis" im klinischen und pathologisch-anatomischen Sinne fehlt, weshalb er diese Fälle lieber unter dem Namen „Diphtheria foetida" oder „Diphtheria gravis" zusammengefasst wissen will.

---

2) **König** und **Moxter.** Diphtherie-Heilserum bei einem 5 Tage alten Säugling.

(Zeitschrift für prakt. Aerzte 1896. No. 1.)

Am 21. Juli wurden die Autoren, als Erkrankungen an Rachendiphtherie in Wiesbaden mehrfach vorkamen, zu einem 4jährigen Kinde gerufen, das an einer schon 5—6 Tage zurückzudatierenden Rachendiphtherie litt. Sofort Injection einer vollen Dosis von Behrings Serum No. III (Füllung 7,5 ccm 200 fach). Sehr bald Besserung des schweren Allgemeinzustandes, in den nächsten Tagen Abstossung der Nekrosen und dann ungestörte Reconvalescenz. Am 17. Juli Entbindung der Mutter von einem gesunden Knaben. Wenn nun auch das erkrankte Kind von der Mutter ferngehalten worden war, so war doch der Säugling bis zum 21. Juli in dem Zimmer der erkrankten Schwester gewickelt und mit der Saugflasche gestillt worden. Noch am 21. Juli, als die Diagnose festgestellt worden war, wurde der Säugling aus dem Hause gegeben, aber schon am nächsten Tage mit der Angabe zurückgebracht, dass es erkrankt sei. Pharynx gerötet, Mandeln namentlich rechts geschwollen, auf der Vorderfläche der letzteren eine etwa linsengrosse diphtheritische Membran mit entzündlicher Röte in der Umgebung. Die Autoren entschlossen sich bei der Unsicherheit jeglicher Therapie und der in so frühem Alter höchst ungünstigen Prognose der Erkrankung zur Serumbehandlung, obgleich ihnen Erfahrungen über die Wirkung bei so jungen Säuglingen aus der Litteratur nicht bekannt waren. Injektion No. 4 (Füllung 10 ccm 100 fach) 1,5 ccm, also 150 Einheiten, in den rechten Oberschenkel. Am nächsten Tage keinerlei Reaction an der Injektionsstelle, das Kind war ruhig und trank; die Membran bestand zwar noch unverändert fort, war aber nicht grösser geworden. Am 24. Juli war von Entzündung nur noch wenig und nur lediglich in der Umgebung des viel kleiner gewordenen Belages zu sehen. Nach weiteren 2 Tagen war von der Erkrankung nichts mehr zu erkennen. Das Kind hat sich seit dieser Zeit normal entwickelt. Die verabreichte Dosis des Serums war von ihm ohne die geringste Störung vertragen worden.

---

3) **Bauer.** 2 Fälle subcutanen Emphysems während der Intubation. (Aus dem Budapester Stephanie-Krankenhause.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde (Bd. XLI. Heft 1.)

Unter 800 Intubationsfällen im Bókai'schen Kinderkrankenhause sind nur diese 2 Fälle vorgekommen. Die Trachealwand usurierender Decubitus kann nicht schuld sein an dem Zustandekommen des subcutanen Emphysems bei diesen 2 Fällen, schon deshalb nicht, weil die definitive Extubation sich leicht bewerkstelligen liess, was bei Decubitus nie der Fall ist. Ausserdem lag hier der Tubus höchstens 2—3 Tage in der Trachea, während zum Zustandekommen eines

Decubitus 4—5 Tage notwendig sind; endlich ist überhaupt ein tiefgreifender, durch den Tubus verursachter Decubitus selten. Jene Complication während der Intubation ist hier zweifellos durch Alveolarruptur bedingt worden, wie solche oft zustande kommt, wenn die Exspiration in hohem Grade erschwert ist oder die Inspirationen ausserordentlich kräftig sind. Bei unserem ersten Falle traten wiederholte suffucatorische Anfälle auf nebst hörbarer Membranflottierung, dann plötzlich ein sehr heftiger Hustenparoxysmus, währenddessen das Kind den Tubus aushustete und darauf eine 10 cm lange, die ersten, ja selbst die zweiten Bronchialverzweigungen zeigende Membran expectorierte; tags darauf war das Emphysem da. Also die durch den Tubus abgelöste oder sich spontan loslösende Membran, bei jedem Exspirium das Lumen des Tubus teilweilse verschliessend, verursachte derartige Hustenanfälle, dass der Tubus ausgehustet wurde; das Aushusten des ziemlich schweren Tubus, obturiert durch die nachher sofort entleerte Pseudomembran, vermochte auf das Lungengewebe, resp. auf die Alveoluswand einen derartigen Luftdruck auszuüben, dass eine Ruptur sehr leicht entstehen konnte. Noch leichter konnte das Emphysem im 1. Falle entstehen, wo infolge einer bereits länger bestehenden Pertussis die Alveolenwand vieles von ihrer Elastizität eingebüsst haben musste; auch hier flog bei einem sehr heftigen Hustenstoss der Tubus heraus, in welchem eine dicke Pseudomembran steckte.

---

4) E. Peiper und S. Schnaase. Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 4.)

Nachdem Perl 1893 im Anschluss an einen beobachteten Fall auf den Zusammenhang einer akuten Nephritis mit der Vaccination aufmerksam gemacht, nachdem dann 1894 Falkenstein ausgedehnte Urinuntersuchungen bei Erstimpflingen, d. h. Kindern im 1. Lebensjahre, angestellt hatte, welche in 18,7 % das Vorhandensein von Eiweiss ergaben, lag es nahe, diese Untersuchungen weiterzuführen. P. und S. fanden bei 122 Erstimpflingen in 5,73 % Albuminurie, ohne dass man aber Nephritis nachweisen konnte. Die Eiweissausscheidung war auch hier, wie bei Falkenstein, eine sehr geringe, und es konnte auch hier wie dort diese Albuminurie mit der Zahl der Pocken nicht in Zusammenhang gebracht werden, ebensowenig mit der erhöhten Körpertemperatur: denn bei Kindern, deren Temperatur während der Acme der Pockenentwickelung über 39° C. gestiegen war, wurde keine Eiweissausscheidung constatiert, während sie wiederholt am Tage der Impfung, ohne dass Frühfieber vorhanden war, gefunden wurde. Vielleicht sind psychische Erregung oder andere unbekannte Faktoren hier mafsgebend. Aber es ist überhaupt bei einem Process, wie die Schutzpockenentwickelung es ist, nicht auffällig, dass Eiweiss auftritt; handelt es sich doch um eine, wenn auch leichte, Infectionskrankheit von mehrtägiger Dauer.

Bei Revaccinanden wurde häufiger Albuminurie gesehen, und zwar bei 16,6 %. Auch hier keine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens. Es liegt also nach den bisherigen Beobachtungen kein Grund vor, der vaccinalen Albuminurie eine besondere Bedeutung beizulegen.

---

5) C. Brunner. Eine Beobachtung von akuter Staphylococcen-Allgemeininfektion nach Varicellen.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1896. No. 1.)

B. wurde zu einem 5jährigen Mädchen als Consiliarius gerufen, bei welcher eine schwere acute Entzündung in der Gegend des rechten Ellenbogengelenks im Verlaufe der Varicellen sich eingestellt hatte. Am 8. Juli 1892 war Unwohlsein, Erbrechen, Schläfrigkeit aufgetreten, auf der Haut waren kleine wasserhelle Bläschen, umgeben von einem roten Hofe; zum Vorschein gekommen. 5 Tage darauf fing das Kind über Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk zu klagen an. Anfangs war an dieser Stelle nichts Abnormes wahrzunehmen, dann aber trat Rötung und Schwellung hinzu. Die vorher wenig erhöhte Temperatur stieg rasch an, ebenso beschleunigte sich der Puls bis zu 140 Schlägen. Eisbeutel auf das ruhig gestellte Gelenk. Status praesens vom 16. Juli 1892: Kind macht einen schwerkranken Eindruck. Respiration und Puls hochgradig beschleunigt. Temp. 39°. Ueberall auf der Haut zerstreut eingetrocknete Borken, namentlich am behaarten Kopf. Am Rücken an mehreren Stellen die Borken abgelöst, daselbst kleine, der Grösse der Bläschen entsprechende, rundliche Defekte, die zum Teil nur oberflächlich sind, zum Teil in die Tiefe gehen. Die Gegend des rechten Ellbogens stark geschwollen und gerötet. Die Infiltration reicht nach vorn auf den Vorderarm, geht nach oben auf den Oberarm und namentlich dessen innere Seite über. Deutliche Fluctuation auf der äusseren Gegend des Gelenkes. Heftigster Schmerz bei jeder leisesten Berührung. Alle übrigen Gelenke intact.

Diagnose: metastatische Vereiterung des Ellenbogengelenks. Sofortige Operation. Das Kind wurde mit einigen Tropfen Chloroform leicht betäubt. Desinfection der Haut mit Seife, Aether, Sublimatlösung 1‰. Ausgiebiger Schnitt über die grösste Prominenz der fluctuierenden Schwellung an der Aussenseite des Gelenks. Nach Durchtrennung von Haut und Fascie quillt sofort in Masse dickgelber, geruchloser Eiter hervor. Der durch die Wunde eingeführte Finger gelangt in eine grosse Höhle, welche nach innen oben gegen die Gefässspalte sich erstreckt. Humerus in der Gegend der Fossa supratrochlearis vom Periost entblösst, ebenso der innere Condylus. Gelenk von der Eiterung nicht ergriffen, Eiterung ist periarticulös. Abcesshöhle wird durch 2 Drainröhren drainiert, mit Sublimatlösung ausgespült.

Der weitere Verlauf war ein übler. Das Fieber blieb continuierlich hoch, das Kind war apathisch und somnolent, im Urin fand sich Eiweiss. Incisionswunde zeigte graulichen Belag. Es entwickelte

sich eine doppelseitige Parotitis, eine linksseitige eitrige Otitis. An den Beinen und auf der Haut des Bauches zerstreut kleine rote Fleckchen, aus denen wasserhelle Bläschen sich bilden, welche bald trübeitrig werden. Am Rücken viele kleine Hautabscesse. Rechts hinten unten über der Lunge Dämpfung. Starker Verfall der Kräfte. Am 25. Juli Exitus letalis. Bei der Section fand sich im vorderen Mediastinum, im Herzbeutel, in den Bronchien, in der Milz und Niere Eiter. Aus demselben konnte der Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet werden, ebenso wie aus dem Blute. Schon bei Lebzeiten hatte man im Eiter, im Blut, im Urin und Schweiss massenhaft den Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur nachweisen können. Zweifellos stand die Invasion der Staphylococcen im Zusammenhang mit dem Varicellenprocess. Eine andere Infectionsquelle bietet sich nicht dar. Der Infectionsmodus ist wahrscheinlich als sekundärer aufzufassen Es machten hier nicht alle Varicellenbläschen den gewöhnlichen Process der Austrocknung durch; die Borken fielen nicht alle, wie dies sonst der Fall zu sein pflegt, nach Verfluss von ca. 8 Tagen ab, ohne Narben zu hinterlassen, sondern es bildeten sich zahlreiche, die tieferen Hautschichten umfassende Nekrosen, welche einen Defect hinterliessen. Durch ein solches Atrium, müssen wir annehmen, drangen Coccen von bedeutendem Virulenzgrad in die Lymphblutbahn ein und wirkten von da aus in jener deletären Weise. —

Während bekanntlich bei Variola die Pyämie eine sehr häufige Folgekrankheit ist, ist obiger Varicellenfall ein Unicum. Bei letzterer Affection sind ja überhaupt Complikationen selten. Henoch kennt nur die Nephritis varicellosa. Thomas sah einmal Pleuro-Pneumonie, einmal Erysipel. Letzteres beobachtete auch Wehner. Reimer berichtet über Otitis und intensive Bronchitis, Semtschenko sah einmal Pleuritis, einmal eitrige Synovitis des Kniegelenks, Bokai multiple Gelenkentzündungen, Rille Pleuropneumonie. Als Varicellae gangraenosae finden wir Fälle beschrieben, bei welchen es zu ausgebreiteter Hautgangrän kam (Hutschinson, Howard, Biedert, Demme, Cassel). Mit erschreckender Schnelligkeit, sagt Demme von seinen Beobachtungen, bildeten sich fast alle grösseren Varicellenblasen unter Zusammenstürzen der Epidermisdecke, sowie der umgebenden Gewebselemente zu tiefen, zum Teil ein Frankenstück grossen, einen aashaften Geruch verbreitenden Ulcerationen aus. Kummer berichtet über eine wahrscheinlich auf hämatogenem Wege durch Streptococceneinwanderung erfolgte sekundäre Infection, die sich an der Stelle eines Knochencallus nach Osteotomie etablierte.

---

6) **F. Schmey.** Zur Therapie der postscarlatinösen wassersüchtigen Anschwellungen im Kindesalter.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 1.)

S. hat seit 10 Jahren folgende Therapie bei zahlreichen Fällen mit absolut sicherem Erfolge angewandt:

Einhüllung von Kopf bis zu Füssen zunächst in ein nasses Laken, dann ganz feste Einwickelung in ein wollenes Tuch. Während das Kind in dieser Einwickelung liegt, erhält es stündlich 1 Kaffeelöffel Syr. Jaborandi (Herstellung: 0,8 Fol. Jaborand. concis. werden im Dampfbade mit 20 gr Wasser 10 Minuten lang erwärmt, die Colatur wird filtriert und dann 10 gr Zucker darin durch Kochen aufgelöst), bis es sehr stark schwitzt. Erst dann wird es wieder von den Decken befreit. So täglich, so lange, bis die Schwellungen weg sind, was meist schon nach 2—3 Tagen der Fall ist.

Unangenehme Nebenwirkungen hat S. nie erlebt. Während nach L. Lewin gerade bei Scharlachnephritis und Urämie bei Pilocarpin oft kein Schweiss, wohl aber Collaps auftritt, hat S. letzteren nie beobachtet, stets aber Schweiss erzielt.

Bei mehr als 15 Jahre alten Kindern appliciert S. mit gleichem Erfolge Pilocarpin subcutan und schickt den Einpackungen heisse Bäder voran.

---

7) Chauffard und Lemoine. Ueber Masernrecidive.

(Münchener medic. Wochenschr. 1896. No. 2.)

In der Société Médicale des Hôpitaux (Sitzung vom 28. Dezember 1895) legten die Autoren an der Hand von 11 genau beobachteten Fällen (5 im Krankenhause, 6 in der Privatpraxis) klar, dass das Recidivieren der Masern als feststehende Thatsache zu betrachten sei, ja dass die Morbilli am meisten von allen acuten Exanthemen zum Recidiv hinneigen. Zur selben Zeit (April bis Juni 1895), d. h. unter gleichen Bedingungen epidemischer Virulenz, kamen die Fälle im Spital von Val-de-Grâce und in einer einzigen Familie in der Privatpraxis, in welcher 7 Kinder Masern und 6 davon ein Recidiv hatten, zur Beobachtung. Die primären sowie sekundären Eruptionen besassen alle charakteristischen Zeichen der Masern und zeigten keineswegs jenen polymorphen, oft scharlachähnlichen Anblick der Röteln; der Augennasenkatarrh war beinahe constant und in den beiden aufeinanderfolgenden Ausbrüchen der Krankheit von gleicher Intensität. Auch die übrigen Erscheinungen waren in der Mehrzahl der Fälle (6) beide Male gleich, 2mal beim Recidiv heftiger, 2mal weniger intensiv; nie jedoch war das Recidiv besonders schwerer Art, ein Beweis, dass dessen Pathogenese nicht in einer erhöhten Virulenz des Masernkeimes zu suchen ist. Beide Beobachtungsreihen führen vielmehr zu der Annahme, dass die Ueberfüllung der Räume der wahrscheinliche Grund des Recidivs ist; in diesen, gesättigt vom specifischen Virus, kann das letztere eine grosse Ansteckungsfähigkeit erlangen, und wenn der Reconvalescent nur eine schwache oder kurz dauernde Immunität sich erworben hat, so kann er von neuem leicht inficiert werden und einen Rückfall bekommen. Mehrmals herrschte zwischen den beiden Eruptionen eine solche Uebereinstimmung, dass, wenn man bei der ersten etwa Röteln diagnosticieren wollte, man von einer Differentialdiagnose zwischen diesen und Masern gar nicht reden könnte. Der Eintritt des Recidivs schwankte zwischen 12—40 Tagen.

---

8) **Hüls.** Abortiv-Masern nach Chinindarreichung.

(Die Praxis, 1896. No. 2.)

H.'s eigener 6½ jähriger Sohn litt seit 5 Wochen an Keuchhusten, zu dem sich vor vierzehn Tagen Masern hinzugesellten, jedenfalls durch Uebertragung seitens des Vaters, der zur Zeit einige Fälle von Morbillen behandelte. Das Exanthem war aber erst im Gesicht zu sehen, die Temp. betrug 38,6°. Da der Keuchhusten stärker geworden war, gab H. abends dem Knaben von einer Medicin, die er seit Jahren mit bestem Erfolg keuchhustenkranken Kindern verordnet, in einer dem Alter entsprechenden Concentration und bei kleinen Kindern zuerst versuchsweise mit kleinsten Dosen beginnend, da Morphium darin enthalten ist (erst jüngst wurde damit ein 3 monatliches Kind mit schwerem Keuchhusten in wenigen Tagen fast geheilt; es hustet seit 14 Tagen nur mehr wie bei einem leichten Katarrh und ist munter, während es vorher stets erbrach und blau im Gesicht wurde).

Die Arznei bestand nun bei H.'s Sohn aus

Chinin. mur.	2,0
Morph. mur.	0,02
Acid. mur.	0,5
Vin. Xerens.	100,0
Syr. simpl.	97,0.

Davon bekam Pat. gegen Abend erst zur Probe in einem Weinglas etwa 2 Esslöffel, und als sich diese Dosis als zu gering erwies, später noch ca. 3 Esslöffel, d. h. im Ganzen 0,6 Chinin und 0,006 Morphium. Die Nacht hustete er sehr selten, war am andern Morgen fieberfrei und ganz munter. Der Ausschlag, der noch auf das Gesicht beschränkt war, verbreitete sich in den nächsten 2 Tagen über den ganzen Körper und besteht noch nach 14 Tagen; dabei ist der Pat. die ganze Zeit über wohl, bei Appetit, fieberfrei. Die Flecke sehen wie schwere Masern aus, haben aber mehr bläuliche Verfärbung. Wie erklärt sich diese Modification der Masern? H. glaubt, dass die hohe Chinindosis eine Umwandlung des Krankheitsprocesses hervorgebracht hat. Der Masernkeim sei zur Zeit der Chinindarreichung schon überall in der Haut vorhanden gewesen, allerdings noch unsichtbar, und durch das durch die Haut ausgeschiedene Chinin, vielleicht auch durch die Schweissabsonderung in seiner Weiterentwickelung gestört worden und eine Zersetzung erfahren, deren Produkte so lange in der Haut verweilten. Heut, 3 Wochen nach Beginn des Exanthems, ist dasselbe noch immer sichtbar, nur hat sich der bläuliche Ton verloren, sodass der Ausschlag hellrot erscheint. An Armen und Beinen fühlt sich die Haut rauh an, also eine gewisse Desquamation liegt vor.

---

9) **C. v. Noorden.** Zur Chininbehandlung des Keuchhustens.

(Die Praxis, 1896. No. 2.)

N. ist ein warmer Anhänger der Chininbehandlung, die auch heut trotz aller neu aufgetauchter Mittel als beste Therapie des Keuchhustens bezeichnet werden kann. Der Satz, den Binz vor 27 Jahren

aussprach, dass eine consequent und mit hinreichenden Dosen — 3mal täglich so viel Decigramm, wie das Kind Jahre zählt, bis zum Maximum von 2 gr pro die — durchgeführte Chininbehandlung den Keuchhusten wesentlich abkürze und den ganzen Verlauf mildere, hat auch heute noch volle Geltung. Leider wird aber meist die Chinintherapie nicht ordentlich durchgeführt, weil es heisst, die Kinder verweigern sehr bald das Chinin. Die neuere Technik schafft aber diese Schwierigkeiten fort und gestattet eine angenehme Darreichung des Mittels. N. verwendet folgende Präparate der vereinigten Chininfabriken in Frankfurt a. M. (Zimmer & Co.):

Chininperlen, d. h. kleine Gelatinekugeln von ca. $^3/_4$ cm Durchmesser, mit 0,1 Chinin. mur. gefüllt. Kinder über 3 Jahre schlucken sie ausnahmslos gut, manchmal sogar solche von $2^1/_2$, $2^1/_4$ Jahren, die ihre 6—7 Stück täglich zu nehmen lernten.

Chininchocolade, kleine runde Täfelchen mit je 0,1 Chinin. mur., ohne jeden Chiningeschmack und selbst von Kindern bis herab zu $^3/_4$ Jahren gut genommen, manchmal mit Milch zusammen aufgekocht, welche Chininchocoladenmilch bei den Kindern sehr beliebt ist.

Chininsuppositorien, mit 0,05 — 0,1 — 0,2 — 0,3 — 0,4 — 0,5 Chiningehalt dargestellt und, da mit reinster Cacaobutter bereitet, absolut reizlos und unschädlich. Namentlich bei sehr jungen Kindern und bei solchen, die viel brechen, sehr wertvolle Darreichungsart.

Subcutane Injectionen mit Chinin. bimuriatic., einem in 100 Teilen 81,61 Teile Chinin enthaltenden und schon in 0,66 Teilen Wasser löslichen Präparat. Um ein zur Injection geeignetes Fluidum zu erhalten, braucht man nicht über die Concentration 1:4 hinauszugehen. Das Präparat wurde auch bei den kleinsten Kindern erfolgreich benutzt, da weder Schmerz, noch irgend welche Reaction auftritt. In der Spitalspraxis verdient die Methode die weiteste Beachtung, privatim wird man sich ihrer wegen der Abneigung der Eltern gegen eine solche Application nur bedienen, wenn die anderen Methoden auf Schwierigkeiten stossen.

Hinzuzufügen wäre noch, dass die neuen Präparate nicht teurer, eher billiger sind, als die früher üblichen abgewogenen Pulver.

---

10) **M. Rothschild.** Erfahrungen über Tussol bei Keuchhusten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 1.)

R. hat das Tussol in einer schweren Epidemie angewandt und so gute Erfolge damit erzielt, dass er das Mittel warm empfehlen kann. Die Erfahrungen sind um so wertvoller, als R. in der gleichen Epidemie die 1. Reihe von Pat. nur mit den früheren Mitteln, eine 2. Reihe auch erst mit solchen und dann mit Tussol, und endlich eine 3. Reihe ausschliesslich mit letzterem Mittel behandelte. Und da zeigte es sich denn ganz eclatant, dass die Therapie mit Tussol die Erkrankungsdauer bedeutend abzukürzen und den ganzen Krankheitsverlauf viel milder zu gestalten vermag. Bei einigen Pat. war der

Process in 14 Tagen abgelaufen. Todesfälle waren nicht zu beklagen (bei der 1. Reihe traten 2 ein); der Appetit litt bei der Tussolbehandlung nie not, und unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. R. verschrieb das Mittel in Pulverform, in etwas Syr. Rub. Jd. zu nehmen. Die Dosen waren ungefähr die gleichen, die früher Rehn angegeben hat, d. h. bei Kindern

bis 1 Jahr: 2—3 × 0,05—0,1
1—2 Jahre: 3 × 0,1
2—4 Jahre: 3—4 × 0,25—0,4
darüber: 4 × und öfters 0,5.

Meist genügte zur Bekämpfung des Leidens eine 3malige Verordnung von je 12 Pulvern. An jedem 4. Tage wurde das Mittel ganz ausgesetzt. Bei wenigen Pat. traten Recidive auf, die durch mehrtägige Tussolgabe dann dauernd beseitigt werden. R. kann das Mittel warm empfehlen.

---

11) **Vargas.** Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Phenocollum hydrochloricum.

(Therapeutische Wochenschrift 1896. No. 1.)

V. hat das Phenocollum hydrochloric. bei 42 Fällen von Pertussis angewandt und war mit dem Mittel sehr zufrieden. Bei keinem der übrigen Mittel sah er eine so rasche und auffällige Wirkung sowohl in Bezug auf Beeinflussung der Intensität und Zahl der Anfälle, wie auch auf die ganze Krankheitsdauer. Die Dosis schwankte zwischen 0,07—2,0 pro die (z. B. ein 11monatliches Kind bekam 2stündl. 0,15 gr, ein 1 Monat altes pro die 0,7 u. s. w.), in gummöser oder wässriger Lösung verabfolgt. Der etwas unangenehme Geschmack kann durch etwas Syrup corrigiert werden. Die Wirkung begann sich schon nach 6—12 Stunden zu äussern, war nach 24 Stunden schon sehr deutlich wahrnehmbar, ist aber in den ersten 14 Tagen eine vorübergehende; bei einzelnen Fällen trat nach Sistierung der Behandlung eine Verschlimmerung der Krankheit ein, die erst nach neuerlicher Anwendung des Medicaments einer dauernden Besserung Platz machte. Um sich von der Ausscheidung des Mittels durch den Harn zu überzeugen, benutzte V. die Hertel'sche Reaction, die darin besteht, dass man zunächst 1 Tropfen Eisenchlorid zusetzt, welches den Harn trübt, und dann 1 Tropfen Schwefelsäure hinzufügt, welches den Urin klärt und ihm eine grünliche Farbe verleiht. Das Phenocoll wirkt sehr rasch, schon 20 Minuten nach der Aufnahme verlässt es den Organismus; die Ausscheidung dauert einige Stunden und ist erst nach 8, in manchen Fällen erst nach 15 Stunden eine vollständige. Die Medication verursachte keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen, V. nimmt an, dass das Phenocoll eine sedative Wirkung auf Trigeminus und Laryngeus super. ausübt.

Die Luftbehandlung des Keuchhustens perhorresciert V., da dieselbe, abgesehen davon, dass sie der übrigen Kinderwelt gefährlich wird, auch für das erkrankte Kind Gefahren in sich birgt. Dasselbe bedarf der Ruhe, um sein Herz nicht noch mehr durch Bewegung anzustrengen. Der lange Aufenthalt im Freien ist aber mit der Ruhe

unverträglich, derselbe begünstigt jene Reizmomente, welche zur Auslösung der Hustenanfälle beitragen und setzt ferner den Kranken Temperaturänderungen und schweren Lungencomplikationen aus.

---

12) **van Bömmel.** Ein Fall von Bromoformvergiftung.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896. No. 3.)

Autor hatte einem 10 Monate alten Kinde wegen Keuchhustens Bromoform (10 gr) verordnet, von dem 2mal täglich 3—4 Tropfen gegeben werden sollten. Die Wirkung des Mittels war auch eine ausserordentlich gute: Die Anfälle kamen weniger und fielen sehr mild aus, die Heilung erfolgte auffallend rasch. Es war aber noch ein Rest in der Flasche zurückgeblieben, und davon trank das Kind eines Tages nach Schätzung etwa 50—60 Tropfen. Kurze Zeit darauf sah Autor das Kind, dessen Zunge gebräunt erschien und dessen Atem stark nach Bromoform roch; das Gesicht war leicht cyanotisch, die Pupillen hochgradig verengt, beginnende Paralyse der Lunge und des Herzens zu constatieren. Künstliche Respiration und energische Hautreize (2malige Anwendung warmer Bäder mit fortwährender Berieselung des Köpfchens mit kaltem Wasser) neben fleissigem Hervorziehen der Zunge brachten nur sehr geringe Reaction, erst als nach 2stündlicher angestrengter Thätigkeit Aetherinjection angewandt wurde, trat eine kleine Reaction auf, der aber Trismus und heftige Krämpfe in den Extremitäten folgten. Nochmals wiederholte (2 in halbstündlichen Intervallen) Aetherinjectionen brachten die Atemfrequenz von 42 auf 37 und 27, die Herzcontractionen von 32 auf 45 und 52. Nach 4stündlicher Bemühung wurde die Atmung noch ruhiger, die Cyanose der Lippen verschwand, das in warme Decken gehüllte Kind begann sich zu erholen und öffnete nach $1^1/_2$ Stunden die Augen, um dann in einen langen Schlaf mit profusen Schweissen zu versinken, aus dem es vollkommen gesund erwachte.

Um ähnlichen Vorkommnissen vorzubeugen, rät Autor Bromoform nur in dunklen Fläschchen mit Giftzeichen zu ordinieren, und zwar höchstens 5 gr auf einmal.

---

13) **Pacaud.** Cocaïnvergiftung bei einem Kinde von 9 Monaten.

(Rev. gén. de Clinique et de Thérap. 1895. No. 15.
Therap. Monatshefte 1896. No. 1.)

Das Kind hatte einen Kaffeelöffel voll einer 20 %igen Lösung genommen, d. h. ca. 0,8 gr. Das war um 3 Uhr nachmittags geschehen, 4 Stunden später fand P. das Kind in hochgradigster Aufregung mit fortwährenden choreaartigen Bewegungen des ganzen Körpers, besonders aber der oberen Extremitäten, gerötetem Gesicht, sehr erweiterten Pupillen, leicht nach hinten gebogenem Kopf, mit reichlichem Schweiss bedecktem Körper, sehr frequentem, kleinem, kaum fühlbarem Pulse, unregelmässiger und beschleunigter Atmung. Dieser Zustand dauerte unverändert bis 10 Uhr an, dann folgte auf die Aufregung, die 5 Stunden angehalten hatte, plötzlich äusserste Abgeschlagenheit, Blässe des Gesichts, zunehmende Schwäche des Pulses; die choreatischen

Bewegungen bestanden, wenn auch viel schwächer, fort. Um 11 1/4 Uhr reichlich Erbrechen und starke Diarrhoë, welche Symptome zugleich mit den Schweissen die ganze Nacht andauern. Allmählich Puls wieder fühlbar, Blässe geringer, Wohlbefinden besser. Am folgenden Morgen alle Erscheinungen verschwunden mit Ausnahme einer Miliaria. Die Behandlung hatte bestanden in energischen, häufig wiederholten Frictionen des ganzen Körpers, in stündlicher Verabreichung von Lindenblütenlavements und warmen Getränken (Kaffee, Thee, Lindenblüten), ausserdem in Darreichung kleiner Dosen Chloralhydrat und Bromkali.

---

14) K. Alt. Durchfall bei Kindern nach Genuss der Milch von Kühen, die mit „befallenem" Klee gefüttert waren.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1896. No. 5.)

In der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe spielte sich im September v. J. ein interessanter Vorgang ab. Eine grosse Anzahl von Kindern wurde plötzlich von starkem Durchfall ohne Störung des Allgemeinbefindens befallen, der aufhörte, als die Pat. keine Milch mehr erhielten. Nun wird der ganze Milchbedarf der Anstalt durch das 5 Minuten entfernt gelegene Anstaltsgut gedeckt, das natürlich sehr genau controlliert wird. Diese Milch musste schuld sein an den Durchfällen, obwohl keine Kuh eine Erkrankung zeigte, obwohl die Fütterung seit Monaten dieselbe war (am Tage einjähriges Rotklee-Grasgemenge, nachts Stroh) und auch das Verhältnis zwischen Grün- und Trockenfutter unverändert blieb, endlich eine etwaige Beimengung von „Giftpflanzen" sich durchaus ausschliessen liess. Doch war 2 Tage vor dem Ausbrechen der Durchfallsepidemie eine neue Kleeparzelle zur Abmath gekommen, die angeblich erst seit ganz kurzer Zeit von „Befall" betroffen war. Das unweit der Rieselwiesen für die Spülwässer der Anstalt gelegene Kleefeld war derartig stark „befallen", dass es von weitem nahezu wie „gegypst" aussah; bei näherem Zusehen erwiesen sich die Kleepflanzen der Mehrzahl nach wie mit einem feinen weissen Flaum überzogen, einzelne waren auch schon missfarbig und welk. Unter dem Mikroskop sah man die einzelnen (durch Glycerin aufgehellten) Blätter stark mit Mycelfäden durchsetzt, zum Teil auch reichlich mit Sporen besät, unter denen besonders solche von länglich elliptischer Form mit 2 nahe den Spitzen gelegenen hellen Punkten in die Augen fielen; ausserdem fanden sich noch in geringerer Anzahl Stäbchenbacillen, von denen einer bei der Cultur Gelatine unter Entwickelung eines aashaften Gestanks verflüssigte. Später fand man genauer, dass der Klee mit 2 Pilzarten befallen war, mit Phoma trifolii und Pseudopeziza trifolii. Zweifellos war die Giftigkeit der Milch durch die Befallpilze bedingt, und manche Fälle von hartnäckigen Kinderdiarrhoën, für deren Auftreten bisher jede Erklärung fehlte, mögen wohl diesen Ursprung haben. Prof. Ostertag erklärte freilich auf eine Anfrage, „dass in der Litteratur Beobachtungen über Milchschädlichkeit nach Genuss befallenen Futters durch die Kühe nicht vorliegen und dass ihm persönlich ein derartiger Fall auch nicht bekannt geworden sei."

Es harren eben noch höchst wichtige Fragen betreffs Milchproduction und Kinderernährung der Lösung, speciell die Fütterung des Viehes ist hierbei zu berücksichtigen. Biederts Ausspruch: „Wenn unsere Gesellschaft oder unser Staat etwas auf ihren Nachwuchs hielten, so würde uns eine Versuchsanstalt für Milchwirtschaft und Kinderernährung, ja Ernährung überhaupt, ebensowenig fehlen, wie sonstige landwirtschaftliche und andere Versuchsanstalten“, hat sehr viel für sich.

---

15) **Damourette.** Erkrankungen der Säuglinge infolge Galactophoritis der Amme.

(Revue mens. des malad. de l'enf. XIII. 1895. — Oesterr.-ungar. Centralbl. f. d. medic. Wissenschaften 1896. No. 1.

Galactophoritis ist eine intracanaliculäre Entzündung der Brustdrüse, charakterisiert durch disseminierte harte Knoten in der Tiefe der Brust, spontanen heftigen Schmerz (auch auf Druck), Entleerung von Eiter aus den Milchgängen bei Compression der Drüse, Fehlen von Hautröte und Schwellung der Achseldrüsen. Schüttelfröste pflegen die Affection zu begleiten, die aber auch manchmal ohne Allgemeinerscheinungen einhergeht, sodass erst die mangelhafte Entwickelung des Säuglings auf die Gefahr aufmerksam macht. Die Kinder leiden gewöhnlich dann an Magendarmstörungen, die bisweilen einen schweren Charakter zeigen, zu toxischen Entzündungen, Schleimhautveränderungen der ersten Wege (z. B. Stomatitis impetiginosa), ferner zu perianalen Abscessen und Furunkeln, auch an anderen Gegenden und allgemein im Körper verbreitet, sowie zu ecthymaartigen Eruptionen, Otitis externa u. s. w. führen, schliesslich sogar in Pyosepticämie ausgehen können. Meist betroffen werden Mütter, die wenig Milch haben. Durch starke Anstrengung der Säuglinge entstehen Schrunden an den Warzen, die Mikroorganismen oft direkt vom kindlichen Munde aus Eingang gewähren. D. empfiehlt prophylaktische Waschungen der Brustwarzen mit Borsäure vor jeder Säugung bei allen Stillenden und Waschung mit Alkohol und Wasser āā nach jeder Säugung, sobald Schrunden vorhanden sind.

---

16) **Karewski.** Zur Behandlung der Spondylitis.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 11.)

In der Berliner medic. Gesellschaft (21. Januar 1896) zeigte K. eine technische Neuerung, die er seit 3 Jahren bei der Behandlung der Spondylitis anwendet. Die bisherige Therapie bei frischen Fällen mit Extension oder Lagerungsapparat erforderte Bettruhe. K. versorgt die Pat. mit einem Lagerungsapparat, den er aber ambulant tragen lässt. Er legt analog der Billrothschen Gypshose einen Gypsanzug an: die Kinder werden vom Hals bis zu den Malleolen eingegypst, so, dass sie doch fähig sind, zu laufen. Es werden grosse Löcher herausgeschnitten, sodass Brust, Bauch und auch die ganze Wirbelsäule frei bleiben. Die Technik ist keine ganz

leichte, doch kann man, wenn alle Vorbereitungen getroffen sind, bei genügender Assistenz innerhalb 10 Minuten fertig sein. Als Gerüst des Anzuges dienen 4—6 Schusterspäne, mit Gaze umwickelt und in dünnen Gypsbrei getaucht; die einen verlaufen von oben nach unten, die anderen verbinden diese als Querlongetten. Die Pat. laufen herum damit.

K. hat mit dieser Behandlung bessere Resultate erzielt, als mit anderen Methoden. Ein Kind, welches an schwerer Spondylitis, Beckenabscess, Fisteln litt und unfähig war, sich zu bewegen, ist unter 3 solchen Verbänden in $1^1/_2$ Jahren vollständig geheilt worden, ähnlich ein zweites Kind.

---

17) **Lorenz.** Ueber die unblutig-chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung mittelst der functionellen Belastungsmethode.

(Wiener medic. Presse 1896. No. 4.)

Wie L. in einem Vortrage (k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 24. Jan. 1896) mitteilt, konnte er bei den operativen Einrenkungen, die er bisher in 200 Fällen vorgenommen hat, die Bedingungen und den zweckmässigen Modus einer Einrenkung auf unblutigem Wege feststellen. Schon bei Kindern jenseits des 6. Lebensjahres scheiterten die Repositionsversuche an der Unmöglichkeit, den Schenkelkopf auf unblutigem Wege genügend tief herabzuholen. Innerhalb dieser Altersgrenze aber liegt nicht nur die Herabholung, sondern auch die Einpflanzung des Schenkelkopfes in die Pfannentasche im Bereiche der sicheren Möglichkeit; 25 mal hintereinander ist L. die unblutig-chirurgische Reposition des luxierten Schenkelkopfes gelungen.

Die L.'sche Methode stellt sich folgende Aufgaben: 1) Der Schenkelkopf wird in das Pfannenniveau herabgeholt (Reduction). Dies geschieht in Narkose des Pat. mittelst manueller oder instrumenteller Schraubenextension. 2) Der Schenkelkopf wird in die rudimentäre Pfanne eingepflanzt (Reposition); dies geschieht durch maximale Beugung (behufs Entspannung der Vorderkapsel) und maximale Abduction bei medialwärts gerichtetem Antriebe des Schenkelkopfes. Die Einrenkung erfolgt unter den classischen Phänomen des Einrenkungsgeräusches und der Einrenkungserschütterung. Diese erzwungene Einrenkung ist zunächst eine labile und hat wegen des Grössenmissverhältnisses der Gelenkskörper nur bei mehr weniger extremer Abduction Bestand. 3) Die labile Reposition muss zu einer auch bei indifferenter Streckstellung des Beines stabilen gemacht werden. Dies geschieht durch die unmittelbare und mittelbare Erweiterung des Pfannenlagers (Pfannenbildung). Die unmittelbare Erweiterung der Pfannentasche wird durch Dehnung ihrer vorderen fibrösen Wand (mittelst Ueberstreckung des Schenkels) bezweckt. Die mittelbare Erweiterung des Pfannenlagers erfolgt auf dem Wege der Anpressung des Schenkelkopfes gegen dasselbe durch die Anspannung der verkürzten Weichteile, deren Elasticität durch die Herabholung und Reposition des Schenkelkopfes geweckt wurde, ferner durch den dauerhaft erzwungenen Aufenthalt des Schenkel-

kopfes in der rudimentären Pfanne, deren Wachstumsrichtung hiedurch im Sinne ihrer Ausgestaltung zu einem soliden, knöchernen Gehäuse bestimmt wird; hauptsächlich aber dadurch, dass der sicher reponierte Schenkelkopf der Belastung mit dem Körpergewichte unterworfen wird. Dies geschieht zunächst unter Beibehaltung und Fixierung jener geringsten Abductionshaltung, bei welcher die Einrenkung noch stabil bleibt, später unter etappenweiser Verminderung der Abduction, bis eine die Belastungsfunction des Beines bequem ermöglichende Stellung desselben erreicht ist. Da die Ueberführung der labilen in eine stabile Reposition nicht nur ohne wesentliche Unterbrechung der Function des Beines, sondern direkt unter der Beihülfe der Belastung desselben mit dem Körpergewichte erfolgt, hat L. seine Methode als „functionelle Belastungsmethode“ bezeichnet. Dieselbe ist im Gegensatze zu allen anderen mechanischen Methoden eine echt chirurgische, wenn auch unblutige, d. h. sie wird von Anfang bis zum Ende „mit der Hand“ durchgeführt. Im Gegensatze zu allen anderen unblutigen Verfahren steht die functionelle Belastungsmethode von L. insofern, als dieselbe die Rumpflast, resp. die Function des Beines unter der Rumpflast, in den Dienst ihres Heilplanes stellt.

---

18) **W. Knöpfelmacher.** Ein Beitrag zur Aetiologie der Harnretention.

(Aus dem Carolinen-Kinderspital in Wien.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XLI, Heft 2.)

Für die Harnretention bei Kindern werden meist nur wenig ätiologische Momente angegeben. Biedert kennt nur die Ischuria spastica, Teevan nur 3 mechanische Momente: angeborene Verengerung des Orificium externum, Phimose und Stein. Englisch führt als Ursachen an: 1) Missbildungen und Defecte. 2) Angeborene Verengerungen der Harnwege. 3) Schleimhautfalten der Harnwege. 4) Ueberschüssige Harnsäure, Gries und Steine. 5) Entzündungsprocesse: der Nieren, der Blase, der Prostata, der Urethra, der Vorhaut (hier oft als Folge von epithelialer Verklebung), Periprostatitis, Pericystitis (von den Nabelgefässen oder Coxitis ausgehend). 6) Retentionscysten in den Schleimdrüsen der Urethra, Retention infolge Verschlusses des Sinus pocularis bei Knaben, Schwellung der Papillen. 7) Veränderungen der Prostata (angeborene Hypertrophie). 8) Fremde Körper und Neubildungen in den Harnorganen. Bókai fügt noch hinzu: 9) Vorfall der Blasenschleimhaut. 10) Stricturen. 11) Lokale Atonie und Parese der Blase. 12) Sopor bei Infectionskrankheiten. 13) Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

Auffallend ist es nun, dass in dieser ätiologischen Reihe gerade jene Gruppe fehlt, die bei Erwachsenen so häufig Harnretention hervorbringt: Die Neubildungen in Nachbarorganen. Dass aber auch bei Säuglingen dies Moment in Betracht kommen kann, zeigt folgende Beobachtung:

Ein 9 Monate altes Kind, sehr unruhig, mit continuierlichem Fieber bis 40°, wird in die Klinik gebracht mit der Angabe, dasselbe habe schon seit mehreren Wochen keinen Stuhl, seit 40 Stunden keinen Harn entleert.

Status: Gleichmässig und stark aufgetriebenes, mässig gespanntes Abdomen. Ueber der Symphyse, in der Mittellinie ovaler, elastischer Tumor nachweisbar, mit seiner Kuppe bis zur Nabelhöhe reichend: die gefüllte Blase. Schall über der Blase und in beiden Flanken gedämpft, sonst laut tympanitisch; Schallwechsel undeutlich, kein Fluctuationsgefühl. Leber- und Milzdämpfung infolge des Meteorismus stark eingeengt. Harn trübe, schwach ammoniakalisch riechend, etwas eiweisshaltig; im Sediment viele Eiterzellen. Katheterisation leicht; das eingeführte Instrument passiert die Harnwege mühelos. Der ins Rectum eingeführte Finger, leicht eindringend, stösst nach rückwärts zu auf eine derbe Resistenz, welche die Kreuzbeinhöhlung ganz auszufüllen scheint und von der Symphyse gerade soweit entfernt ist, dass sich der Finger im Rectum eben noch bewegen kann. Nach aufwärts zu harte Kothmassen tastbar.

In der Annahme, dass die Harnverhaltung durch Stauung der Kothmassen und Druck derselben aufs Rectum bedingt sei, Verordnung hoher Wasser- und Oelirrigationen. Das Kind konnte dann auch spontan Harn lassen, doch fand keine vollständige Leerung der Blase statt.

Nach 4tägigem Spitalsaufenthalte bei andauernd hohem Fieber und ziemlich unveränderten Erscheinungen Exitus. — Die Section ergab ausser einer Pyelonephritis suppurativa acuta des Vorhandensein einer den Raum des kleinen Beckens verengenden, eiförmigen, hühnereigrossen Geschwulst, die, den unteren Kreuzbeinwirbeln aufsitzend, das Rectum nach vorn drängte und dieses, sowie den Blasenhals, comprimierte. Die ausserordentlich blutreiche, schwarzrot verfärbte Geschwulst war ein Rundzellensarcom des Kreuzbeins.

Dieser Fall steht nicht vereinzelt da. Es existiert ein Fall von H. Smith, wo ein „Fibroid“ des Beckens bei einem 19monatlichen Kinde Harnverhaltung hervorrief, und einer von Jones, einem 12-jährigen Knaben mit Lymphadenom des kleinen Beckens betreffend. Dass Tumoren des Beckens so selten zu Harnretention führen, hat wohl darin seinen Grund, dass die hier vorkommenden Tumoren, die Sacralgeschwülste, welche bei kleinen Kindern stets angeboren sind, die Tendenz haben, nach aussen zu wachsen.

Um die Aetiologie der Harnverhaltung bei Kindern zu vervollständigen, muss endlich noch zweier Momente gedacht werden: Der Atresia hymenalis, bei der es offenbar durch Ansammlung der Sekrete zur Compression der Urethra kommt, und der Tumoren des Sexualapparates bei Mädchen, z. B. des polypösen Sarcoms der Vagina, wobei es teils durch einfache Compression der Urethra durch den Tumor, teils durch Uebergreifen desselben auf die Harnröhren- oder Harnblasenwand zur Harnverhaltung kommt.

---

19) **Hünicken.** Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1896. No. 3.)

H. beschreibt einen Fall von Kniegelenkserkrankung nebst sich daranschliessender periostitischer Reizung beider Tibien, deren Charakter nur deshalb so leicht erkannt wurde, weil H. glücklicherweise vom Vorleben der Eltern genau unterrichtet war. Die Mutter des erkrankten jetzt 9jährigen Knaben wurde vor etwa 10 Jahren im 2. Monat der Schwangerschaft von ihrem Ehemann inficiert und erst nach 6 wöchentlicher Schmierkur und dem innerlichen Gebrauche des Jodkaliums von ihrer Syphilis befreit. Die sehr kräftige Frau gebar am normalen Ende der Gravidität einen zarten, aber sonst vollständig gesunden Knaben, der an der Mutterbrust in günstiger Weise gedieh und keine verdächtigen Symptome darbot. Er lernte in der Mitte des

2. Lebensjahres gehen und überstand auch die Impfung, die H. aus Vorsicht erst im 3. Lebensjahre vornahm, weil er wiederholt die Erfahrung gemacht, dass die im kindlichen Körper vorhandenen latenten Krankheitskeime durch die Impfung und den damit unausbleiblich verbundenen Fieberprocess zur Entwickelung gelangen können. Ausser einer im 6. Lebensjahre überstandenen croupösen Pneumonie war der Knabe nie krank. Jetzt nun, in seinem 10. Jahre, klagte derselbe Anfang Februar d. J. über Knieschmerz, zunächt nur beim Gehen; bald darauf stellte sich Schwellung beider Kniegelenke ein; welche allmählich einen bedeutenden Umfang annahmen, ohne dass sonst etwas Besonderes an ihnen zu entdecken gewesen wäre. Nach 3wöchentlichem Bestehen der Affection traten aber periostitische Schmerzen an beiden Tibien auf, die sich auf Druck empfindlich steigerten. Die daraufhin gestellte Diagnose wurde durch den Erfolg einer specifischen Therapie bestätigt: eine leichte 4wöchentliche Schmierkur (tägliche Einreibung von 1 gr Unguent. ciner.) und der 8wöchentliche Gebrauch von Jodkalium (täglich $^1/_2$ gr) beseitigten sowohl das Knieleiden, als die periostitischen Schmerzen im Verlaufe von 5—6 Wochen vollständig.

Dass ein acutes Stadium der Syphilis, das nach Bäumler bei Syphilis heredit. tarda in der ersten Lebenszeit unbemerkt vorübergehen kann, auch im vorliegenden Falle dagewesen sei, bestreitet H. entschieden, da das Kind von seinen Eltern und von ihm selbst jederzeit genau beobachtet wurde. Dagegen hat sich die ebenfalls von Bäumler gemachte Beobachtung, dass die zur Zeit der zweiten Dentition oder der Pubertätsentwickelung von neuem auftretenden Symptome hereditärer Syphilis als symmetrische an beiden Körperhälften erweisen, hier als zutreffend herausgestellt, nur dass hier eben nicht von einem Recidiv die Rede ist, sondern von den ersten Erscheinungen der hereditären Lues.

---

20) **Silex.** Pathognomonische Kennzeichen der congenitalen Lues.

(Allgem. medic. Central-Zeitg. 1896. No. 10.)

In einem Vortrage in der Berl. med. Gesellschaft (20. Januar 1896) setzte S. auseinander, was wirklich für congenitale Lues spreche, was nicht. Die kleine Figur, die Veränderungen der Knochen und Zähne, Papeln ad anum finden sich wohl häufig, aber nicht immer, und können vielleicht auch andere Krankheiten die Ursache dieser Erscheinungen sein. Fournier hat unter 210 Fällen 112mal die Augen afficiert gefunden. Am häufigsten war die Cornea in der Form der Keratitis interstitialis erkrankt, die nach Hutschinson und Hirschberg ausnahmslos auf Lues zurückzuführen ist, während Sämisch nur in 64%, Schweigger in 83% der Fälle Lues annimmt. Jedenfalls rechtfertigt diese Keratitis den Verdacht auf Lues in hohem Maasse. Dazu kommen noch als bedeutungsvolle Erscheinungen Perforationen des Trommelfells, des Gaumens, Auftreibung der Processus frontales, Narben an den Mundwinkeln, im Nacken und an den Ellenbogen; aber alle sind nicht charakteristisch, da auch z. B. Tuberkulose sie bedingen

kann. Opticusatrophie ferner kommt auch bei Hydrocephalus vor, von der Chorio-Retinitis disseminata ist keine Form für Lues charakteristisch. Und doch giebt es nach S. ein exquisit pathognomonisches Zeichen für congenitale Lues am Auge: die Choroiditis areolaris, aber nicht die Förster'sche, sondern eine besondere Art, gekennzeichnet durch atropische Herde in der Choroidea und Pigmentwucherungen, von dem Stromapigment und dem Pigmentepithel ausausgehend unter Mitbeteiligung der Retina. Wenn bei einem Individuum bis zum 15. Lebensjahr dieses Spiegelbild — auch einseitig — constatiert wird, liegt immer Lues congenita vor!

Auch die sog. „Hutschinson'schen Zähne", ein ganz verschwommener und viel missbrauchter Begriff, sieht S. keinesfalls als charakteristisch an. Dagegen ist eine ganz bestimmte Zahnbildung für congenitale Lues pathognomonisch: eine Erosion der oberen inneren Schneidezähne in Form einer halbmondförmigen centralen Einkerbung am unteren Rande; daneben finden sich feine, von oben nach unten verlaufende Längshügel, von Querhügeln unterbrochen, die vielfach erst mit der Lupe sichtbar sind.

Endlich kommen Narben an den Mundwinkeln in Betracht. S. hat sie aber häufig ohne Lues beobachtet; pustulöse Ekzeme z. B. können die Ursache sein. Nur eine Art von Narben im Gesicht darf nach S. als pathognomonisch gelten: jene strahlig von dem Munde aus auf die Wange u. s. w. übergehenden, den Muskelzügen folgenden. Die genauere Prüfung zeigt, dass dies keine echten Narben sind, dass es sich vielmehr um Einziehungen der Haut handelt, durch Muskelzug entstanden und durch eine gewisse der Lues zuzuschreibende Veränderung der Haut stationär geworden. Einzelne Narben an den Mundwinkeln erwecken den Verdacht auf Lues, ein Kranz derselben um die Lippen erhebt ihn zur Gewissheit!

---

21) **Winternitz.** Typische exulcerierte Initialsclerose der Lippe bei einem 8 Monate alten Kinde.

(Prager medic. Wochenschrift 1896. No. 1.)

W. demonstriert das Kind im Verein deutscher Aerzte in Prag (20. Dezember 1895). Es erscheint ausserdem mit einem maculopapulösem Exanthem behaftet; stellenweise, namentlich an der Unterbauchgegend, sind die Papeln exulceriert; endlich findet man die Unterkieferdrüsen mässig geschwollen und derb. Der Vater und die 5 Geschwister des Kindes sind gesund, dagegen constatiert man bei der Mutter an beiden Brustwarzen Initialaffecte und in der linken Achsel eine harte, nicht schmerzhafte Drüse. Das Kind muss die Mutter inficiert haben, es selbst aber muss, da keine andere Möglichkeit vorliegt, durch Küsse einer luetischen Person angesteckt worden sein.

---

22) **R. Langerhans.** Ueber Melaena traumatica.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1896. No. 1.)

Preuschen nimmt 2 Formen der Melaena neonatorum an: die eine umfasse scheinbar gesunde Kinder, welche unmittelbar nach der

Geburt oder in den ersten Lebenstagen aus dem Magendarmkanal (per os oder per anum) Blut entleeren, die andere alle diejenigen Kinder, welche deutliche Symptome einer Allgemeinkrankheit (Sepsis u. s. w.) zeigen, erst zwischen dem 8. und 11. Lebenstage Blut entleeren und bei der Autopsie in verschiedenen anderen Organen hämorrhagische Veränderungen erkennen lassen; bei dieser Gruppe sei die Magendarmblutung nur Symptom einer angeborenen oder erworbenen hämorrhagischen Diathese, dagegen sei die erste Gruppe als wirkliche „Melaena vera“ anzusehen. Die Ursache der letzteren seien Verletzungen der Hirnhäute und des Gehirns bei der Geburt, namentlich mit Blutungen complicierte. Experimentelle Studien bestätigten diese Erfahrungssätze, indem sie ergaben, dass Magendarmblutungen durch Alteration des Gehirns bedingt sein können. Der Zusammenhang der Blutungen des Magendarmkanals (auch der Lungen) mit Veränderungen, namentlich Verletzungen des Gehirns, ist ja auch schon früher bekannt gewesen, aber nie so bestimmt ausgesprochen worden. Nun hat auch L. einen Beitrag zu dieser Frage geliefert.

Es handelt sich um ein am 12. Febr. 1895 geborenes, uneheliches Kind, das am 21. März Zuckungen im linken Bein und Arm gehabt haben soll und Tags darauf ins Krankenhaus aufgenommen wurde, wo an dem äusserst atrophischen Kinde, das subnormale Temperatur hatte und zeitweilig Zuckungen zeigte, in der linken Gesichtshälfte, am linken Arm und Bein, äussere Verletzungen nicht constatiert werden konnten. Am 25. März Exitus. Die Section ergab eine hämorrhagische Infiltration des Pericraniums, eine bedeutende intermeningeale Haemorrhagie, eine Fissur im linken Scheitelbein; im ganzen Magendarmkanal fanden sich grosse Mengen dunkler Massen, die zum Teil frischrote, zum Teil schwärzlichbraune Farbe besassen; die inneren Organe waren sehr anämisch. Man kann hier sehr wohl von einer „Melaena vera“ sprechen. Freilich rührte das Trauma unmöglich von der Geburt her (dagegen spricht schon die frische Beschaffenheit der Extravasate), sondern aus späterer Zeit, und das Benehmen der Mutter war auch ziemlich verdächtig, es konnte ihr aber nichts nachgewiesen werden. Trotzdem hält L. daran fest, dass eine äussere Gewalteinwirkung stattgefunden haben muss. Dagegen spricht nicht das Fehlen einer äusseren Verletzung der Weichteile; hat doch erst jüngst Erle 3 Fälle publiciert, bei denen in Folge eines heftigen Schlages (mit dem Zaunpfahl, Stock, Herabfallen eines leeren Fasses) Spaltbrüche entstanden, ohne dass äusserlich irgend etwas zu sehen war. Der Tod des Kindes war Folge der Blutungen. Die intermeningeale hat wahrscheinlich schon vor der Aufnahme stattgefunden (Zuckungen Tags vorher!), die Magenblutung aber später, da sie während des Lebens überhaupt nicht in Erscheinung trat. Die im Leben beobachtete subnormale Temperatur und die bei der Section gefundene starke Anämie der inneren Organe weisen darauf hin, dass bei der Beurteilung der Todesursache neben dem Hirndruck, den das grosse intermeningeale Exsudat erzeugt haben muss, auch die beträchtliche Magenblutung zu berücksichtigen ist. Von Sepsis, Syphilis, Haemophilie u. s. w. war hier keine Rede, eine acute Infectionskrankheit lag sicherlich nicht vor, es war also der Fall zu Preuschens „Melaena

vera“ zu rechnen. Nun verlangt dieser Autor allerdings, dass hierbei die blutigen Entleerungen sich unmittelbar an die Geburt anschliessen, während hier die Blutung erst gegen Ende der 5. Lebenswoche auftrat und nicht von einem Trauma während der Geburt, sondern einem späteren abhing. L. will auch deshalb das Beiwort „vera“, das eigentlich allen Melaenaformen zukommt, gestrichen wissen und wünscht für die Melaenafälle, die ihren Ursprung einem Trauma verdanken, den Namen „Melaena traumatica“.

---

23) **R. Cramer.** Ersatz eines Metatarsus durch Osteoplastik. (Aus dem Bürgerhospital zu Köln.)

(Centralblatt für Chirurgie 1896. No. 5.)

Es handelt sich um ein 6jähriges, sonst gesundes Kind mit ausgedehnter tuberkulöser Zerstörung des Metatarsus III. Meist kommt man bei Erkrankungen dieser Knochen mit Auskratzungen und teilweiser Entfernung bis ins Gesunde aus. Zuweilen aber entstehen trotz wiederholter Evidements immer wieder neue Fisteln, man muss befürchten, dass der Process auf benachbarte Sehnen, Gelenke und Knochen übergreift, zu Tuberkulose des Tarsus führt. Hier muss man schliesslich den ganzen Metatarsus exstirpieren, wobei aber gewöhnlich das kosmetische und funktionelle Resultat ein wenig befriedigendes wird; besonders wenn man den Metatarsus III entfernt, soll ja das Fussgewölbe vernichtet werden (v. Meyer). Auch bei partiellen Resectionen hat man kein gutes Resultat. Entfernt man z. B. die vordere Hälfte eines Mittelfussknochens, so hat man meist eine dorsal flectierte, eingezogene, unbrauchbare Zehe; bei der entsprechenden Operation an der Hand wird diese Erscheinung noch augenfälliger.

Bei jenem Kinde nun wandte Bardenheuer ein neues Verfahren an, das er „Dissectio longitudinalis partialis“ nennt.

Operation am 20. Mai 1895. Nach Entfernung des Metatarsus III wurde der Metatarsus II der Länge nach gespalten und die der Lücke des Metatarsus III benachbarte Hälfte des gespaltenen Metatarsus II in diese Lücke hinübergebogen und hier befestigt. An seiner Basis tarsalwärts wurde der Metatarsus II nicht ganz gespalten, er blieb hier mit dem 2. Keilbein in Zusammenhang (die Spaltung ausgeführt mit einem feinen scharfen Meissel, der an dem phalangealen Ende zuerst eingeschlagen und dann allmählich nach der Fusswurzel zu vorgetrieben wurde, aber ohne allzu viel hebelnde Bewegungen, da sonst der Knochen leicht abbricht, und sich zweckmäfsig in der Mitte des Knochens und lieber nicht nach der Seite haltend, welche in ihrer Lage stehen bleibt). Die Basalphalanx der 3. Zehe wurde an das translocierte Stück des Metatarsus III angeheftet, nicht in die entstandene Knochengabel eingeschoben. Keine Eröffnung des Gelenkes zwischen Metatarsus und Tarsus (man wird fast ausnahmslos, da sich die Tuberkulose meist nur auf die Diaphyse erstreckt, den Gelenkknorpel hier stehen lassen können). Tamponade der Wunde nebst fester Ausstopfung der Spalte zwischen dem Metatarsus II.

Pat. geheilt entlassen 4 Wochen post operat., mit der Weisung, erst nach 14 Tagen aufzustehen und den operierten Fuss zu gebrauchen.

Status am 11. Nov. 1895. Zehen können flott bewegt werden, auch die 3. Zehe, die ganz normale Stellung und keine Verkürzung zeigt. Fussgewölbe schön formiert. Keine Spur von Plattfuss. Bei Palpation nicht möglich, etwas Abnormes irgendwo nachzuweisen. Messung zwischen rechts und links ergiebt keine Differenz.

---

24) **E. Winkler.** Ueber 2 Fälle von Larynxpapillomen bei zweieinhalbjährigen Kindern (aus dem Kinderkrankenhause in Bremen).

(Wiener medic. Presse 1895. No. 51—52.)

W. teilt zwei derartige Fälle mit, wo er die Laryngofissur ohne Erfolg ausführte und die ihn zu folgenden Schlussbemerkungen veranlassten: „Solche Fälle lehren jedenfalls, dass die Resultate der Laryngofissur bei den multiplen Papillomen der Kinder durchaus unsichere sind und die Geschwülste bezüglich ihrer Recidivfähigkeit in den einzelnen Fällen prognostisch sehr verschieden zu beurteilen sind. Von ganz besonderer Bedeutung scheint mir das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung zu sein. In meinen beiden mitgeteilten Fällen ergab dieselbe, dass die herausgenommenen Tumoren, wie es bereits nach dem makroskopischen Aussehen erwartet werden konnte, Papillombildungen waren. In beiden Fällen fand sich eine sehr starke Wucherung des Epithels und der Papillen, und zwar war der Anteil des Epithels an dieser Wucherung entschieden der grössere. Das bindegewebige Stroma, das sich überall in der Achse der kolbenförmigen Epithelsprossen vorfand, war nicht besonders zahlreich. Dieser Befund, wie der Umstand, dass die Epithelwucherung überall nur eine oberflächliche war, unterscheiden die Neubildung von Carcinom, welches bei dem mikroskopischen Bilde allein hätte in Frage kommen können. Herr Prof. Orth, welcher einige der Präparate controlliert hat, bezeichnete die Tumoren als Epithelioma papillosum, weil die Wucherung des Epithels das wesentliche daran sei. Nach den angeführten Beispielen dürfte bei den Papillomen der Kinder die mikroskopische Untersuchung an einem herausgenommenen Probestückchen nicht zu unterlassen sein, ehe man sich zur Laryngofissur entschliesst. Ergiebt die mikroskopische Untersuchung Papillombildung mit ausgesprochener Epithelwucherung, so ist es zweifelhaft, ob auch nach gründlichster Ausräumung des Larynx vollkommene Restitutio ad integrum eintritt. In derartigen Fällen wird man Semon wohl zustimmen müssen, solche Geschwülste einstweilen als ein Noli me tangere zu betrachten, und wird sich, falls sie Dyspnoë verursachen, mit der Tracheotomie begnügen. Ist das Kind herangewachsen und zu der Vornahme endolaryngealer Eingriffe verständig genug, dann bieten diese bei der ausserordentlichen Recidivfähigkeit der Tumoren mehr Chance, endlich den Larynx von ihnen zu befreien, als die Thyreotomie, weil sie mit der nötigen Vorsicht ohne besondere Gefahr für den Patienten des öfteren

wiederholt werden können. Jedenfalls scheint es mir ebenso ungerechtfertigt zu sein, wenn für jeden Fall zu der Laryngofissur geraten wird, wie wenn vor dieser Operation ausnahmslos auf das entschiedenste gewarnt wird. Der Mittelweg wird auch hier der beste sein. Zu ihm wird die mikroskopische Untersuchung führen. Sie ergiebt einen Anhalt zur Indikation und Contraindikation der Laryngofissur in diesen Fällen. Eine Ausnahme kann vielleicht dann eintreten, wenn die Tumoren schwere catarrhalische, abwärtssteigende Zustände unterhalten, — wie bei dem ersten von mir mitgeteilten Falle. Hierbei möchte ich jedoch zu bedenken geben, dass das Wachstum der Tumoren in beiden Fällen erst nach der Laryngofissur beobachtet wurde, und dass sich nach der Tracheotomie allein die Kinder leidlich wohl befanden. Letztere beeinflusste die zunehmende Vergrösserung der Tumoren in keiner Weise, wie namentlich in dem zweiten Falle festgestellt werden konnte. Ebenso habe ich in beiden Fällen das von den englischen Autoren empfohlene Arsenik als völlig wirkungslos befunden. Ob nach dem Ecrasement der Tumoren, wie ich sie beschrieben habe, concentrierte Milchsäure oder das Glüheisen angewendet wird, scheint gleichgiltig zu sein — die Recidive bleiben doch nicht aus. Zum Schluss möchte ich noch kurz erwähnen, dass mir bei Operationen im Larynx nach vorausgegangener Thyreotomie eine doppelt gebogene kleine Coopersche Scheere, die mir der hiesige Instrumentenmacher Lindstädt nach meiner Angabe verfertigt hat, sehr gute Dienste leistete. Man gelangt mit derselben auch bei den kleinsten Verhältnissen bequem in alle Buchten und Nischen und kann das Kranke stets unter Controlle der Augen genau entfernen."

---

25) **Grósz.** Beiträge zur Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Soor bei Neugeborenen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896. No. 1.)

G. hatte es, wie er in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest (Oktober 1895) auseinandersetzte, während der letzten 2 Jahre in der II. geburtshilflichen Klinik daselbst mit einer Soor-Endemie zu thun, deren er endlich durch zweckentsprechende prophylaktische Maassregeln Herr wurde. Unter den prädisponierenden Momenten, welche bei der Entstehung dieser Affektion eine Rolle spielen, ist — neben den schlechten hygienischen Verhältnissen (z. B. in jener Klinik) — sicher der Umstand von hervorragender Bedeutung, dass die Mundschleimhaut der Neugeborenen sich in den ersten Tagen nach der Geburt in fortwährender Desquamation befindet. Diese bietet dem Soor ein günstiges Feld, abgesehen davon, dass jene oft genug sich zu einem catarrhalischen Zustand steigert, der natürlich die Disposition noch erhöht. Der Versuch, durch täglich öfter ausgeführte Mundwaschungen prophylaktisch einzuwirken, fiel durchaus negativ aus, ja die Waschungen sind sogar dadurch gefährlich, dass sie das Entstehen der Bednarschen Aphthen begünstigen, für welche übrigens G. den Namen „Ulcera decubitalia palati duri“ vorschlägt, um ihren Charakter besser zu kennzeichnen. Trotz dieser „prophylaktsichen“ Waschungen

bekamen 32,6 % der Neugeborenen Soor! G. gab daher die Waschungen auf und traf statt dessen gründliche hygienische Vorkehrungen. Vorübergehender Erfolg, aber bald wieder das alte Lied, 32,83 % der Neugeborenen erkrankten. Nunmehr versuchte G. Pinselungen mit Argent. nitric.; die Mundhöhle eines jeden Neugeborenen wurde vom ersten Tage nach der Geburt an täglich einmal mit 1%iger Lapislösung gepinselt. Der Procentsatz der Erkrankung sank dauernd auf 9,25 %. In den ersten Tagen war die Mundschleimhaut rein, vom 5.—6. Tage aber an bildete sich infolge der Therapie auf der Zunge ein dünner, grauweisser, schorfiger Belag, welcher bald verschwand, sodass die reine, intakte Schleimhaut zum Vorschein kam. Was die Therapie des Soor selbst anbelangt, so waren Mundwaschungen mit 1—2%iger Boraxlösung erfolglos, ja unter 88 Soorfällen traten zehnmal Bednarsche Aphthen auf. Dagegen wirkten täglich einmal vorgenommene Pinselungen mit 3%iger Lapislösung sehr gut, indem oft schon nach 2—3 Tagen die Schleimhaut rein war, bisweilen allerdings erst einige Tage später.

---

26) W. Permewan. Der Zusammenhang der Hörschärfe und der geistigen Entwickelung bei Kindern.

(Liverpool med.-chir. Journ. Juli 1895. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896. No. 2.)

P. untersuchte 203 Kinder (50 Mädchen, 153 Knaben im Alter von 10 bis 15 Jahren), einer Industrieschule angehörend, aus den niedrigsten Volksklassen zusammengesetzt. Zur Schätzung wurde eine Uhr gebraucht, deren Normalhörweite im Untersuchungsraum 60 (engl.) Zoll betrug. Beide Ohren wurden zusammen und einzeln untersucht. Ferner wurde geachtet auf vergrösserte Tonsillen, Abnormitäten der Nase und adenoide Vegetationen. Der Intellekt der Kinder wurde nach den Angaben der Lehrer in 3 Klassen eingeteilt: gut, mässig, schlecht.

Das Resultat war folgendes: Von den 203 Kindern wurden 62 als schlecht, 52 als mässig, 89 als gut bezeichnet. Die Hörweite betrug bei den 62 schlechten im Durchschnitt $31\frac{1}{4}$", bei den 52 mässigen $47\frac{1}{3}$", bei den 89 guten 51", d. h. bei den schlechten $\frac{1}{2}$, bei den mässigen mehr als $\frac{3}{4}$, bei den guten mehr als $\frac{5}{6}$ der Norm. Doch fanden sich auch unter den „guten" einige mit einer Hörweite von 24—36".

Adenoide Vegetationen fanden sich
bei den 62 schlechten Kindern 28 × = 45 %
„ „ 52 mässigen „ 16 × = 30 %
„ „ 89 guten „ 19 × = 21 %.

Am häufigsten fanden sie sich bei den tauben Kindern, doch fehlten sie zuweilen bei diesen und fanden sich gelegentlich bei normalhörenden. Diese Fälle wären also der Behandlung zugänglich.

---

27) **Arnheim.** Fall von halbseitiger congenitaler Hypertrophie.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1896. No. 1.)

Es handelt sich bei diesem in der Berl. medic. Gesellschaft (18. Dezember 1895) vorgestellten Falle um ein 4 Monate altes Kind, dessen 2 Geschwister gesund und wohlgebildet sind und in dessen Familie überhaupt Missbildungen nicht vorgekommen sind. Pat. zeigt eine prominente rechte Gesichtsseite, Vergrösserung des rechten Ohres und der rechten Zungenhälfte, Verlängerung der rechten oberen Extremität um ca. 1 cm, Verlängerung der Finger daselbst, Vergrösserung des rechten Fusses (Verbreiterung des Tarsus, Verlängerung der grossen Zehe, endlich zahlreiche rötlich gefärbte Teleangiektasieen an der Cutis der rechten Seite, auch nach links übergehend, ausserdem zerstreute Pigmentflecke und Naevi pilosi. Er röchelt stark beim Athmen (wohl Folge angeborener Behinderung des Lungenkreislaufs!), Venen am Thorax vergrössert, auskultatorisch am Herzen keine pathologischen Geräusche (fötaler Herzfehler!). — Ausser diesem Fall fand A. noch 19 Fälle dieser Affection in der Litteratur. Von diesen 20 Fällen war die Missbildung 17 mal auf der rechten Seite. Das Wachstum der hypertrophierten Seite schreitet übrigens proportionell mit den Jahren in erhöhtem Mafse fort. Aetiologie unbekannt; nach Trelat handelt es sich um eine partielle Paralyse der Vasomotoren.

---

28) **R. Fischl.** Einunddreivierteljähriges Kind mit Peromelie der linken oberen Extremität.

(Prager medic. Wochenschr. 1896. No. 1.)

Das im Verein deutscher Aerzte in Prag demonstrierte (20. Dezember 1895) Kind ist sonst vollständig normal entwickelt, wurde ad terminum geboren, wobei die Hebamme bemerkte, dass die Nabelschnur um das linke Handwurzelgelenk geschlungeu war, ohne dass jedoch an demselben irgend welche Constrictionserscheinungen zu bemerken gewesen wären. Gegenwärtiger Befund: Verkürzung des linken Vorderarms gegenüber dem rechten um 5 cm, Verdickung der gesondert tastbaren Vorderarmknochen, vollständiges Fehlen der Hand und rudimentäre Entwickelung der Finger, die in normaler Anordnung als nagellose, eingliedrige, knospenartige Anhänge dem Vorderarmstumpfe aufliegen. Beweglichkeit relativ gut, indem sowohl Dorsal- und Palmarflexion als auch Pronation und Supination möglich sind. F. ist auf Grund des Befundes geneigt, entweder an Druckwirkungen durch ein quergestelltes amniotisches Band oder ein zu enges Amnion zu denken, wofür nebst dem vollständigen Mangel der Hand die Kürze und Massigkeit der Vorderarmknochen sprechen, da sie den Eindruck einer Compression in der Längsrichtung hervorrufen. Eine Spontanamputation liegt gewiss nicht vor, da erstens keinerlei Schnürfurchen oder Narben nach solchen vorhanden sind, zweitens das Vorhandensein von Fingerrudimenten eine solche Annahme von vornherein ausschliesst.

---

29) **E. Meyer.** Ueber Barlow'sche Krankheit.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1896. No. 7.)

In der Berliner medic. Gesellschaft (15. Januar 1896) berichtete M. über 4 Fälle dieser Art, Kinder von 4—7 Monaten aus sehr gut situierten Kreisen betreffend. Alle 4 Kinder waren mit Rieth's Albumosemilch ernährt worden, gediehen zunächst und blieben gesund, bis sich rasch das Bild der Barlow'schen Krankheit entwickelte, an der 3 der Pat. bald zu Grunde gingen. Das Krankheitsbild äusserte sich zunächst in Schmerzen bei Berührung, dann in Schwellungen an den Augenlidern und Extremitäten, entsprechend in der Tiefe periostalen, durch Blutungen bedingten Schwellungen. Unter zunehmenden Symptomen einer perniciösen Anämie und hämorrhagischen Diathese, die sich durch Blutungen in den inneren Organen kundgab, erfolgte der Exitus. Bei allen 4 Pat. waren leichte rhachitische Erscheinungen zu constatieren gewesen. Veränderungen am Zahnfleisch fehlten, weil die Kinder noch keine Zähne hatten; auch Verdauungsbeschwerden waren nicht vorhanden. Bei 2 Fällen konnte wegen Fehlens der subperiostalen Blutungen die Diagnose zweifelhaft erscheinen, doch sprachen die übrigen Erscheinungen, namentlich die zunehmende Anämie und hämorrhagische Diathese für Barlow'sche Krankheit. M. schreibt letztere der Ernährung mit der Albumosenmilch zu, vor der er warnt, trotzdem er zugeben muss, dass dieselbe, bei gewissen Verdauungsstörungen und Darmkrankheiten kurze Zeit hindurch verabreicht, recht günstig wirkt.

In der Discussion findet zunächst Hamburg den Schluss gewagt, dass die Rieth'sche Milch als Ursache bezeichnet werden soll. Schon ehe man diese kannte, kamen so und so viele Fälle der Affection vor, und obwohl in den letzten 2½ Jahren 400—500 Kinder mit Rieth'scher Milch aufgezogen wurden, sind doch nur sehr wenige Fälle von Barlow'scher Krankheit bekannt geworden. Die Albumosemilch hat sich als ausgezeichnete Säuglingsnahrung erwiesen, und H. kennt hochgradig atrophische Säuglinge, die durch Rieth'sche Milch wieder gesundeten. Finden sich Fälle, wo die Kinder die ersten Erscheinungen der Barlow'schen Krankheit zeigen, so muss man eben die Ernährung sofort ändern. Die Albumosemilch wird dadurch gewonnen, dass erhitztes Eiweiss zur Kuhmilch zugesetzt wird; um das Albumin auch bei niedrigen Hitzegraden zu Gerinnung zu bringen, setzte Rieth Alkalien, und zwar Kal. carbonic. zu, nach dessen Zusatz die Milch blofs auf 130° erhitzt zu werden braucht. Als nun H. beim Auftauchen der Barlow'schen Krankheit in der Litteratur nachforschte, fand er, dass bei einseitiger Ernährung mit kohlensauren Alkalien scorbutartige Erkrankungen sich ereignen können; trotzdem die Kinder pro die nur 0,04 Kal. carbonic. bekamen, veranlasste er doch, dass statt dessen Natr. bicarb. zugesetzt wurde, von dem jetzt die Kinder pro die 0,1 erhalten, gewiss eine harmlose Dosis. In den letzten ¾ Jahren ist denn auch kein einziger Krankheitsfall mehr bei den mit Rieth'scher Milch erzogenen Kindern vorgekommen, deren Zahl

jetzt 300 ist. — Cassel hat in den letzten 2 Jahren 4 Fälle von Barlow'scher Krankheit beobachtet, Kinder von 8 Monaten bis $^3/_4$ Jahren betreffend, die sämtlich künstlich genährt wurden; das eine hatte Nestlemehl, Cacao und ähnliches erhalten, das andere Dr. Hartmann'sche Milch, das dritte einfach sterilisierte Kuhmilch und das letzte Rieth'sche. 2 Pat. starben, die übrigen genasen, weil die Diagnose frühzeitig gestellt worden war (das eine hatte dabei schon Nierenblutungen!). Man könne die Affection leicht erkennen, wenn man an sie denkt. Syphilitische Knochenerkrankungen treten viel frühzeitiger auf und zeigen einen ganz anderen Charakter. Die Therapie ist eine durchaus einfache: Durch Nahrungswechsel werden überraschende Resultate erzielt. Bei einem Kinde mit Nieren- und Hautblutungen, geschwollenem Zahnfleisch u. s. w. trat in 8 Tagen auffallende Besserung ein. C. lässt in jedem Fall sofort alle Präparte aussetzen und verabreicht frische Kuhstallmilch, die er 5—10 Minuten aufkochen lässt, was genügt, um die landläufigen Bacterien abzutödten, dazu verordnet er frische Pflanzensäfte (Apfelsinen, Citronen), auch Fleischsaft. Die Kinder dürfen also weder mit Surrogaten, noch mit zu lange sterilisierter Milch genährt werden; auch bei gesunden Kindern sollte die Milch nie länger als 10 Minuten gekocht werden, wobei man ja den Soxhlet gebrauchen kann. — Baginsky stimmt mit Cassel durchaus überein; auch er hält das absolute Sterilisieren der Milch für ein gefährliches Verfahren.

---

30) **Karl Gumpertz.** Ueber Chorea paralytica.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 8.)

Die Affection ist bei uns fast unbekannt, unsere pädiatrischen Lehrbücher erwähnen sie kaum. Der erste Fall in deutscher Sprache wurde erst 1895 von Filatoff publiciert. Im Auslande lagen schon lange darüber Publikationen vor, so z. B. von Wilks uud West, welche die unter Nachlass der choreïformen Bewegungen einsetzende, allgemeine schlaffe Paralyse mit aufgehobenen Sehnenphänomenen als eine der gewöhnlichen Chorea verwandte Krankheit unter dem Namen „Chorée molle“ schilderten, ferner von Gowers (1881), der unter der Bezeichnung „Paralytic chorea“ 5 Krankengeschichten veröffentlichte, in denen die paralytischen Symptome gegenüber den spastischen überwogen und die Paralyse stets nur einen Arm betraf; nach Gowers ist allmählicher Eintritt einer Monoplegie ohne Fieber, ohne Bewusstseinsverlust, ohne Schmerzen bei Kindern charakteristisch für die choreatische Natur der Lähmung.

Hinsichtlieh des Verhaltens der paralytischen Symptome zu den choreatischen unterscheidet Charcot: 1) Lähmungen im Verlaufe einer gewöhnlichen Chorea (Nachlassen der convulsivischen Bewegungen, nachdem sie 3—14 Tage bestanden, sodann Eintritt der schlaffen Paralyse). 2) Lähmungen, welche von einem Choreaanfall zurückbleiben. 3) So gut wie ausschliessliches Auftreten von Lähmungen bei latenter Chorea. — Etwas abweichend davon teilt Cadet de Gassicourt ein: 1) Incoordination, dann Paralyse. 2)

Lähmung geht der Incoordination voran. 3) Paralyse ist fast das einzige Symptom der Chorea.

Nun hat G. ebenfalls einen einschlägigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Das 8 Jahre alte Mädchen hatte im Alter von 3 Jahren Gelenkrheumatismus; bald darauf bekam es nach einem Schreck choreiforme Zuckungen, die an Intensität allmählich zunahmen und nach 14 Tagen ihren Höhepunkt erreichten. Das Kind konnte dann 8—14 Tage lang weder sprechen, noch irgendwelche Bewegungen machen, worauf die Erscheinungen langsam zurückgingen. 3 Winter hindurch dieselben Symptome in gleicher Reihenfolge; vom ersten Anfang bis zum völligen Schwinden der Bewegungsanomalie vergingen etwa 3 Monate. 1894 war das Kind im Sommer 6 Wochen auf dem Lande; im folgenden Winter blieb jene Affection aus. Am 18. November 1895 erschien aber die Pat. bei G. wieder mit den Symptomen der ausgebildeten Chorea minor; sie schnitt fortwährend Grimassen und schleuderte Arme und Beine in brüsken Bewegungen umher, konnte aber auf Geheiss alle Bewegungen mit einer dem Alter entsprechenden Kraft ausführen.

Am 29. November völlig verändertes Bild. Pat. führt fortwährend schleudernde Bewegungen mit Armen und Beinen aus, kann aber keine geordnete Bewegung auf Befehl machen. Auch die Sprache ist äusserst behindert, es kommen nur exspiratorische Laute heraus, Man findet eine die ganze willkürliche Muskulatur betreffende, vollkommen schlaffe Paralyse mit aufgehobenen Sehnenphänomenen, ohne Atrophie und ohne Aenderung der elektrischen Erregbarkeit.

14 Tage später macht sich schon eine kleine Besserung geltend, die nach und nach Fortschritte macht, Allerdings kann die Pat. am 18. Dezember immer noch nicht ganz deutlich sprechen und muss noch gefüttert werden. Auch die Extremitätenmuskulatur ist noch paretisch. Eine an diesem Tage von Dr. Cassel ausgeführte Untersuchung des Thorax ergiebt: Vergrösserung des rechten Ventrikels, Accentuierung des 2. Pulmonaltons und präsystolisches Geräusch an der Spitze.

Am 11. Januar 1896 kann Pat. laufen und sprechen, trotz starker choreiformer Zuckungen alle Bewegungen auf Geheiss machen; nur der linke Arm ist noch paretisch. Letzteres ist auch am 17. Januar noch der Fall, auch die Patellarreflexe sind noch nicht vorhanden.

Mit hysterischer Lähmung haben wir es hier sicher nicht zu thun; bei dieser findet man Rigidität, Störungen der Sensibilität, Reflexsteigerung. Encephalogener, myogener oder neurogener Natur kann sie auch nicht sein, was aus der Verbreitung des Prozesses, seinem allmählichen Einsetzen, dem Fehlen von Atrophie und EaR hervorgeht, vornehmlich aber daraus, dass sich die Affection so oft ohne bleibenden Schaden ausgeglichen und im Anschluss an eine Chorea wieder eingestellt hat. G. denkt an den früheren Gelenkrheumatismus, der eine Endocarditis herbeigeführt hat und dem sich zunächst eine Chorea anschloss. Vielleicht sind deren Recidive vicariirend für jenen aufgetreten. Sah doch Hyde Houghton in 2 Fällen, dass die Erscheinungen eines acuten Gelenkrheumatismus beim Ausbruch von Chorea plötzlich zurücktraten. Die Lähmung wäre also auf Infection resp. Intoxikation mit rheumatischem Virus zurückzuführen, wofür auch der Verlust der Kniephänomene spricht. Schon früher konnte die Aetiologie der Chorea mollis in mehreren Fällen auf Intoxikationen zurückgeführt werden. Dass letztere eine Rolle spielen, geht auch schon daraus hervor, dass diese Form in der Mehrzahl der Fälle im frühen Kindesalter auftrat, während die gewöhnliche Chorea das schulpflichtige Alter mit Vor-

liebe befällt, wo das imitatorische Moment mitwirkt. Uebrigens ist auch G'.s. Patientin nie mit einem Choreakranken zusammengewesen.

Was die Prognose anbelangt, so dürfen wir sie, obwohl wir durch kein Mittel imstande sind, die convulsivischen Bewegungen zu hemmen oder gar die willkürlichen hervorzurufen, doch als günstig hinstellen.

---

31) **Kassirer.** Cerebrale Hemiplegie bei einem Kinde.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 11.)

K. stellte in der Berliner medic. Gesellschaft (29. Januar 1896) einen 4 Jahre alten Knaben vor, der 1893 mit Fieber, Erbrechen, Convulsionen im Anschluss an einen Keuchhusten erkrankte. Es entwickelte sich eine Lähmung der linken Körperhälfte mit Schluckbeschwerden; rechts waren schwächere Lähmungserscheinungen. Sprechen und Laufen hatte Pat. verlernt. Beides kam wieder und die linke Seite besserte sich, dagegen nahm die Lähmung rechts zu. März 1895 bestand rechtsseitige spastische Hemiplegie.

Bemerkenswert die Doppelseitigkeit der Symptome, bei diesen infectiösen Lähmungen selten. Ferner das Zurückgehen der Lähmungen auf der einen, die Zunahme auf der anderen Seite, endlich eine Art von Bewegungen auf der gelähmten Seite, welche in der Ruhe nur gering, aber beim Spielen, Weinen, bei Affect so stark ausgesprochen sind, dass Pat. z. B. mit dem Arm alles vom Tisch herunterwirft, was in seinem Bereich ist.

---

32) **Fox.** Ueber Acne scrophulosorum bei Kindern.

(The British Journal of Dermatology, Novemb. 1895. — Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXI. No. 12.)

In einem auf dem Congresse der British Medical Association gehaltenen Vortrage bespricht F. die Affection, von der er im ganzen etwa 10 Fälle gesehen hat. Alle betreffen Kinder in den ersten Lebensjahren und von dem mehr oder weniger ausgesprochenen scrophulösen Habitus; zumeist zeigten die Pat. noch andere Erscheinungen von Scrophulose. Das Hautleiden selbst ist charakterisiert durch indolente, kleine, papulo-pustulöse oder acneiforme, hier und da zerstreute, niemals zu Gruppen vereinigte oder von subjectiven Symptomen begleitete Efflorescenzen. Befallen werden hauptsächlich die Streckseiten der Beine, das Gesäss und die Gegend unmittelbar über demselben, seltener Arme und Gesicht. Die Efflorescenzen treten successive oder in subacuten Schüben auf. Die Papeln sind im Anfangsstadium gerötet, spitz und sitzen um einen Haarfollikel; zumeist entwickeln sie eine schwache Eiterkuppe, welche eintrocknet, mit einem centralen follikulären Pfropf abfällt und einen Krater hinterlässt. Geht die Affection zurück, so flachen sich die Papeln ab, werden in ihren Contouren unregelmäfsig, täuschen einen Lichen planus vor und neigen dahin, Flecke oder schwache Narben zu hinterlassen. Anfangs hielt F. die Affection

für eine syphilitische, doch ergab die Anamnese nichts Derartiges und spezifische Curen führten nicht zum Ziel, während bei Behandlung mit Leberthran und Eisen der Ausschlag gewöhnlich verschwand. Man kann nur die Scrophulose als ätiologisches Moment anführen. Es handelte sich auch meist um schwach genährte, ärmlichen, phthisisch beanlagten Familien angehörige Kinder — 3 von ihnen zeigten zudem ausgesprochen scrophulösen Habitus —, bei welchen wahrscheinlich ein pyogener Mikroorganismus einen günstigen Nährboden in den Follikeln findet.

---

33) **W. Peter.** Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum.

(Berl. klin. Wochenschrift 1896 No. 36.)

In neuerer Zeit hat man gefunden, dass der Pemphigus neonatorum gleich dem Pemphigus acutus auf bacterieller Basis beruht. Es konnten Strehlitz und auch Almquist aus den Pemphigusblasen den Staphylococcus aureus züchten, Trautenroth berichtete, dass sich Pemphigusblasen in der Umgebung des eiternden Nabelschnurrestes bildeten, aus denen sich ebenso, wie aus dem Nabeleiter der Staphylococcus aureus rein züchten liess. Man nahm aber allgemein an, dass diese Mikroorganismen aus der Luft, resp. durch Badewasser, Schwämme u. s. w. auf die Haut gebracht werden und in Schrunden derselben eindringen.

P. hatte nun Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der dafür spricht, dass die Infektion der Haut auch beim Pemphigus neonatorum auf dieselbe Weise zustande kommt, wie es für den Pemphigus acutus sichergestellt scheint, auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen.

Eine vor 7 Tagen entbundene Frau mit Zeichen schwerer septischer Infektion nährte ihr Kind selbst. 9 Tage nach dem Anlegen des Kindes entwickelte sich bei letzterem ohne erhebliche Störung des Allgemeinbefindens ein Blasenausschlag zuerst auf Gesicht und Brust, dann über den ganzen Körper. Die Untersuchung der erbsen- bis thalergrossen, mit gelblich-serösem Inhalt gefüllten Blasen ergab auf Glycerinagar Reinkulturen von Staphylococcus pyog. aur. und einem Diplococcus, in vereinzelten Colonieen fand sich der Staphylococcus pyog. albus. Da durch Bumm, Escherich, Longard festgestellt ist, dass auch ohne örtliche Erkrankung der Mamma die pyogenen Erreger der puerperalen Sepsis in die Milch übergehen können, lag es nahe, diese zu prüfen. Es fanden sich ebenfalls der Staphylococcus pyog. aureus, vereinzelt ferner der Staphylococcus pyog. alb. und jener Diplococcus. Alle diese waren nun, wie die weitere bacteriologische Prüfung ergab, auch im Blute des Kindes vorhanden.

Also dieselben Erreger, wie beim Pemphigus acutus. Es werden wahrscheinlich die verschiedensten im Blute kreisenden pathogenen Organismen imstande sein, metastatisch in die Blut- und Lymphcapillaren der Haut gelangt, dort unter bestimmten Verhältnissen jene Exsudationsprozesse anzuregen, die wir als Pemphigus bezeichnen. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, dass die oberflächlichen Lymphbahnen auch in der Weise durch das infektiöse Virus belastet werden können, dass dieselben von der Nabelwunde oder oberflächlichen

Eiterherden, selbst von intertriginösen, der Oberhaut entblössten Partieen aus in Lymphgefässe und Lymphräume eindringend, hier nach Art eines Erysipels fortkriechen und mehr regionäre Erkrankungen veranlassen kann, worauf jene Beobachtung Trautenroths beruht, ferner das häufige Auftreten von Pemphigus am Abdomen und den Oberschenkeln von Kindern, die an Intertrigo der Inguinalgegend leiden.

---

34) **Aufrecht.** Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum.

(Centralblatt für innere Medicin 1896 No. 11.)

Bei einem von einer gesunden Ipara ohne Kunsthilfe geborenen Kinde wurde folgendes Kranheitsbild beobachtet:

Am 12. Juli 1895, als nach der Geburt 24 Stunden verflossen waren, zeigt sich bei dem Kinde eine Schwellung der Füsse um die Knöchel herum. 24 Stunden später hat sich die Schwellung an den Knöcheln etwas verringert, ist aber nach oben hinaufgestiegen, sodass sie am 13. Juli mittags bis zu den Hüften reicht, auch etwas oberhalb der Symphyse vorhanden ist. Ueberall fühlt sie sich hart, fest und teigig an, lässt sich auch etwas eindrücken. Die ganze Körperhaut ist leicht ikterisch; an den Conjunctiven aber besteht kein Icterus. Im Harn etwas Eiweiss, mikroscopisch Leucinkugeln und einige gallig gefärbte Schollen nachweisbar.

14. Juli. Schwellung an den Unterschenkeln geringer, dagegen nach oben stärker; jetzt reicht sie bis Nabelhöhe. Scrotalhaut hart und verdickt. Fussrücken und Fusssohlen livid.

16. Juli. Cyanose besteht fort. Obwohl Unterextremitäten dünner erscheinen, ist das pralle, leicht eindrückbare Oedem doch noch überall vorhanden. Am meisten infiltriert Gegend von der Symphyse bis zum Nabel. Am linken Unterschenkel und in der Unterbauchgegend zahlreiche punktförmige und einzelne mehr ausgebreitete, hellrote Haemorrhagieen. Ikterus stärker, Conjunctiven frei.

17. Juli. Ikterus noch intensiver, auch Conjunctiven ikterisch. Haut der Unterextremitäten runzlig, aber noch fest und hart. Schwellung nicht über die Höhe des Nabels hinausgegangen. Abends Tod.

War das Bestehen einer acuten Leberatrophie schon durch die klinischen Symptome (Ikterus, Petechien, Eiweiss und Leucin im Harn) klar, so ergab die Section die Bestätigung der Diagnose. Welcher Zusammenhang zwischen dieser Affection und dem Sclerema neonatorum besteht, ist noch dunkel, bisher wurde diese Combination überhaupt nicht beobachtet.

---

35) **Mc. Burney.** Sarkom des Eierstocks bei einem 10jährigen Kinde.

(Annals of surgery, Juni 1895. — Centralblatt für Gynäk. 1896 No. 10.)

Die Beckengeschwulst entwickelte sich innerhalb von 3 Monaten zu beträchtlicher Grösse. Bei der Operation fand sich ein Rundzellensarkom des linken Eierstocks, in welchem eine kleine Cyste etabliert war.

IV. Kleine Mitteilungen und Notizen.

1) **Tannigen bei Diarrhöen** wandte Strauss (Biebrich) bei 27 Fällen an, 16 acuten und 11 chronischen. 22 mal handelte es sich um Kinder von 3 Wochen bis zu 1 Jahr, 5 mal um solche von 1—13 Jahren. In den 16 acuten Fällen wirkte das Mittel prompt 15 mal: schon an demselben Tage, am folgenden oder spätestens am 3. Tage hörten Diarrhoë und Erbrechen auf. Sehr gut waren die Erfolge bei den 11 Fällen mit chron. Diarrhoë, sämtlich Kinder unter 1 Jahr betreffend. Diarrhoën, die schon Monate bestanden, die bei strenger Diät den verschiedensten Mitteln getrotzt hatten, heilten überraschend schnell in einigen Tagen. Eine appetitvermindernde Wirkung bei der Ordination wurde nicht wahrgenommen, im Gegenteil, bei einem der chron. Fälle lag der Appetit gänzlich darnieder uud er hob sich zusehends, wenn auch nicht in Folge, so doch während der Tannigenbehandlung. Anfangs wurde das Mittel in abgekochtem, später in gewöhnlichem Wasser gegeben, weil das Tannigen in warmem Wasser nicht absolut unlöslich ist und demzufolge die adstringierende Wirkung bereits im sauren Magensaft auftreten kann. Es wurde 3 mal täglich eine Messerspitze gereicht, je nach dem Alter des Kindes eine grössere oder kleinere. Bei den acuten Fällen wurde als erste Gabe eine compactere Dosis gewählt, der dann die kleineren folgten. Es zeigte sich deutlich der Vorzug dieser Medication bei 2 Geschwistern, die gleichzeitig und an gleich starken Diarrhoën erkrankten. Hier sistierten bei dem einen unter Darreichung der compacteren Dosis die Durchfälle noch an demselben Tage, während bei dem anderen Kinde bei Benutzung der gewöhnlichen Dosis der Stuhlgang erst am folgenden Tage normal wurde. Das Mittel wurde stets noch einige Tage nach dem Erlöschen der Diarrhoë weiter gegeben; es wurde stets gern genommen. Eine schädliche Wirkung wurde nicht beobachtet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 3.)

2) **Der Segen der Vaccination** documentierte sich wieder in eclatanter Weise bei einer Ende 1895 in Berlin beobachteten Pockenepidemie. Wie Dr. Vagedes (Institut für Infectionskrankheiten in Berlin) berichtet, entstand durch einen an Variolois leidenden Mann eine schwere Pockenerkrankung bei einem ungenügend geimpften Kinde. Dessen Schwester, noch nicht geimpft, erkrankt darauf, während das dritte der Geschwister, ein 5jähriges mit gutem Erfolge geimpftes Kind, gesund bleibt. Das eine inficierte Kind wird in einem Krankenhauspavillon mit anderen Kindern und Erwachsenen zusammengelegt. Es erkranken von diesen nur 6 Personen, darunter 3 Erwachsene, von denen eine nicht revacciniert ist; sie erkranken leicht. Dagegen 3 Kinder (2, 3, 9 Jahre alt) fallen der Krankheit zum Opfer; sie waren sämtlich nicht geimpft. Endlich bringt die Mutter jenes ersten Kindes die Krankheit noch in ein anderes Haus, wo 4 Kinder sind, 3 geimpfte und 1 nicht geimpftes; nur letzteres erkrankt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 3.)

3) **Die Schilddrüsenbehandlung des Kropfes** hat Dr. Münz (Nürnberg) bei 2 Fällen von Struma parenchymatosa mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt. Die eine Pat., ein Mädchen von 13 Jahren, bekam 2 Monate hindurch 3 mal wöchentlich $^1/_4$—$^1/_3$ der bald rohen, bald gekochten Drüse des Schafes und war nach dieser Zeit, ohne dass sich lästige Nebenerscheinungen gezeigt hätten, geheilt. Unterstützt wurde die Kur durch Massage und Jodtincturbepinselung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 3.)

4) **Rhachitischen Schiefhals** hat G. Phosas 3 mal beobachtet. Jener documentierte sich als erstes Symptom der Rhachitis und heilte bei Behandlung der letzteren ab. Wahrscheinlich ist die abnorme Weichheit der Halswirbelsäule und die Erschlaffung der Muskeln die Ursache. Unmöglich ist es nicht, dass angeborener Schiefhals durch intrauterine Rhachitis erzeugt werden kann.

(Revue d'Orthop. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 6.)



V. Bücheranzeigen und Recensionen.

1) **Max Stooss.** Zur Aetiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors.

Basel und Leipzig, Carl Sallmann, 1895.

Das kleine Werk (130 Seiten), welches aus dem Jennerschen Kinderspital hervorgegangen ist, enthält sehr interessante Daten über noch dunkle Punkte der Mund- und Rachenaffectionen der Kinder auf Grund eines reichen, bacteriologisch nach allen Seiten hin verwerteten casuistischen Materials und auf Grund experimenteller Untersuchungen. Ueber die Aetiologie der Anginen erhalten wir wichtige Aufschlüsse, die zum Teil recht tief ins praktische Leben eingreifen; z. B. ging aus den Untersuchungen wieder hervor, dass ein Pat. mit Diphtherie unter dem Bild einer katarrhalischen Angina in der Stadt herumging. Die von den verschiedensten Mikroorganismen hervorgerufenen Anginen werden nach einander unter Hinweis auf näher beschriebene Fälle einer Besprechung unterworfen und einer Kritik unterzogen. Dasselbe geschieht auch bei dem 2. und 3. Teil der Arbeit, welche sich mit der Stomatitis aphthosa und dem Soor beschäftigen. 3 Lichtdrucktafeln, die als recht gelungen bezeichnet werden können, bilden den Schluss der fleissigen Arbeit, die eine schöne Bereicherung unserer Litteratur darstellt.

2) **R. Perlia.** Kroll's stereoskopische Bilder.

Hamburg, Leopold Voss, 1895. (Preis: M. 3.)

Der vorzügliche Kroll'sche Atlas, 26 farbige Tafeln enthaltend, liegt nun in 3. Auflage, von Augenarzt Perlia bearbeitet und verbessert, vor und wird gewiss sich wieder neue Freunde erwerben. An der Spitze der „Gebrauchsanweisung" finden wir die Kroll'schen Worte: „Sobald ein Kind durch hin und wieder sich zeigende fehlerhafte Stellung seiner Augen auffällt, oder häufig einen unstäten Blick darbietet, ist Gefahr des dauernden Schielens vorhanden. Als Ursachen des Schielens müssen betrachtet werden: Kurzsichtigkeit oder Weitsichtigkeit, dann Schwäche des Sehvermögens, ferner präexistierende Störungen des Gleichgewichts der Muskulatur und Störungen der Innervation. Gewöhnlich treffen mehrere dieser Mängel zusammen. Wie durch das Turnen die allgemeine Muskulatur des Körpers, so werden durch das Sehen vermittelst Stereoskops die Muskeln der Augen gestärkt. Das Sehvermögen bei schielenden Kindern kann gekräftigt und vor dem Verfalle bewahrt werden durch Separatübungen des schielenden Auges, wie sie sich bei Uebungen mit dem Stereoskop von selbst ergeben. Wenn die Sehschwäche mit hochgradiger Kurzsichtigkeit oder Weitsichtigkeit verbunden ist, so muss bei Anwendung des Stereoskops die vom Arzt verordnete Brille getragen werden." Ferner sei noch daraus der Satz hervorgehoben: „Sollte trotz dieser Sehversuche das Schielen sich nicht verlieren, so sind dieselben von grosser Wichtigkeit für das gute Gelingen der Schieloperation, zur Erhaltung des Erfolges der letzteren und zur Beseitigung einer nach der Operation zurückgebliebenen geringen Schielstellung."

3) **John Esser.** Kontrolle-Tafel für Eltern.

Frankfurt a. M., Gebrd. Knauer. (Preis: 50 Pf.)

Der Verfasser, Lehrer der Heilgymnakstik, bietet dem Publikum vorgezeichnete Tabellen dar, in denen nach und nach die Fortschritte im Wachstum der Kinder und verschiedener Körperdimensionen eingetragen werden können. Diese Einzeichnungen bleiben für die Eltern nicht nur eine interessante Erinnerung, sondern sie können auch dazu beitragen, dieselben auf gewisse Anomalien der Entwickelung aufmerksam zu machen und sie veranlassen, frühzeitig den Arzt aufzusuchen. Die Tabellen sind recht zweckmässig angelegt, und der Arzt, der sie seiner Clientel empfiehlt, wird sich jedenfalls den Dank der letzteren erwerben, zumal in der Einleitung eine Anweisung zu einer überall leicht auszuführenden gymnastischen Uebung beigegeben ist, welche die körperliche Entwickelung der Kinder vorteilhaft beeinflusst.

4) **Dr. Simon Baruch.** Das Wasser in der ärztlichen Praxis.

Stuttgart, Christliches Verlagshaus.

Uns liegt heute eine sehr gelungene Uebersetzung des bekannten amerikanischen Werkes vor, die Dr. F. Grosse (Leipzig) besorgt hat. Wir müssen diesem dankbar sein, dass er uns das Buch zugänglich gemacht hat, welches eine wirkliche Bereicherung unserer Litteratur darstellt. Von einem Praktiker für die tägliche Praxis geschrieben, macht es uns mit seiner knappen, schlichten und doch gründlichen Darstellungsweise bekannt mit alledem, was für das Gebiet der Hydrotherapie irgendwie von Belang ist. Zunächst der theoretische Teil: er ist kurz und markig. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der hydriatischen Technik: hier werden alle nur möglichen Anwendungsarten des Wassers, auch z. B. die Magendouche, die heissen Vaginalirrigationen, aus der Kinderpraxis u. a. die Darmirrigationen bei Kinderdiarrhoë, genau geschildert, worauf in Kapitel 3 die Besprechung der speciellen hydriatischen Therapie bei den einzelnen Krankheitszuständen folgt, z. B. der Scarlatina und Morbillen, der Pneumonie, des Typhus, der Chorea. Die Hydrotherapie ist ein bei uns noch viel zu wenig gewürdigter Heilfactor, seine zweckmässige Anwendungsweise noch viel zu wenig bekannt. Dem Praktiker, der sich mit diesem Zweige unserer Wissenschaft besser vertraut machen will, sei Baruchs Werk bestens empfohlen. — Das 260 S. starke Buch kostet Mk. 3 (gebd. Mk. 3,60).

5) **Schwechten.** Die Kinderkrankheiten.

Leipzig, Ambr. Abel. Preis: gebd. Mk. 5.

Unter den zahlreichen Compendien, kurzen Lehrbüchern, Abrissen u. s. w., welche in der letzten Zeit besonders oft auf dem Büchertisch erschienen sind, sind „Abel's medic. Lehrbücher“, zu denen auch Schwechtens Buch gehört, die bekanntesten und zweifellos auch die brauchbarsten. Praktisch und übersichtlich angeordnet, die richtige Mitte zwischen den ganz kurzen Repetitorien und den grösseren Lehrbüchern haltend, den modernen Standpunkt der Wissenschaft wahrend, können sie nur dem verhängnisvoll werden, welcher glaubt, durch sie das betreffende Fach gründlich erlernen zu können, während sie dem die besten Dienste leisten müssen, der in ihnen eben nur das sieht, was sie sind: Nachschlagebücher, in welchen man dem Gedächtnisse entschwundene Punkte rasch und klar verzeichnet findet, Repetitorien, welche man durchfliegt, wenn man das Verlangen hat, wieder einmal im Zusammenhange ein Specialgebiet, wie es sich in der Gegenwart repräsentiert, rasch kennen zu lernen. Schwechten ist den Principien der Abel'schen Sammlung durchaus treu geblieben, welche durch sein Werkchen eine wertvolle Bereicherung erfahren hat. Die Kinderheilkunde hat der Autor vollständig, wenn auch kurz, zur Darstellung gebracht, stets auf der Höhe der Wissenschaft bleibend und die Bedürfnisse des Praktikers berücksichtigend Aetiologie, Symptomatik, Prognose und Therapie werden kurz und klar besprochen, letztere meist im Sinne Henochs, dessen Assistent der Verfasser lange Jahre war Wir können dem Praktiker, der ein Nachschlagebuch und Repetitorium der Kinderheilkunde, welches ihm wirklich gute Dienste leisten soll, sich anschaffen will, das Schwechten'sche Buch warm empfehlen.

Briefkasten.

Dr. M. in L. Manuskript mit Dank erhalten, soll vielleicht schon im nächsten Heft Verwendung finden. Besten Gruss.

M. Fr. in Breslau. Ihr Präparat unterziehen wir gern einer Besprechung, sobald es uns vorgelegen hat.

G. Sch. in Berlin. Die Antwort auf Ihre Anfrage finden Sie in dem Referat 27.

G. E. in Stuttgart. Der angekündigte Apparat ist uns nicht zugegangen.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. **1. Mai 1896.** No. 2.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten.

Zur Operation des Kryptorchismus.

von

Prof. **Dr. Carl Bayer** in Prag.

Es widerstrebt dem Gefühl eines Chirurgen, ein wichtiges, doch in der Entwicklung zurückgebliebenes Organ, auch wenn ein zweites gesundes gleicher Art noch da ist, bei einer Operation nur deswegen zu opfern, weil es an Technik fehlt, dasselbe zu erhalten und weil hergebrachte Erfahrung lehrt, dass es sich selbst

überlassen, wenn auch nicht immer, so doch in den meisten Fällen später einmal der Ausgangspunkt maligner Neubildungen werden kann. Kein Organ erfreut sich einer solchen Pietät mehr — als der Hode.

„L'empereur Constantin avait fait une loi, par laquelle ceux qui s'aviseraint de pratiquer la castration pendant l'opération de la hernie, seraient condamnés au bannissement“ kann man pag. 17 in „Cure radicale des hernies“ von Paul Segond lesen. —

Galt dies auch speciell nur für gewöhnliche Hernien, bei deren Operation der Hode immer geschont werden kann, so machten dann Brüche mit Kryptorchismus gepaart seit jeher schon eine Ausnahme. Der im Leistenkanal retinierte oder gar in der Unterleibshöhle zurückgebliebene Hode galt als unbrauchbares, ja gefährliches Anhängsel, das ohne weiteres geopfert werden müsse, sobald sich die Gelegenheit bietet, das Organ direkt oder indirekt anzugehen.

Auch heute noch besteht dieser Satz voll zurecht, wenn es sich um den atrophischen Leistenhoden eines Erwachsenen handelt, dessen Existenzberechtigung von der Natur selbst bereits negiert worden ist. Darüber sind wohl alle Chirurgen einig; nur darüber, ob unter allen Umständen kastriert werden soll, wenn damit die Operation einer Hernie mit Kryptorchis vereinfacht wird, herrschen noch Meinungsdifferenzen. Bei doppelseitigem Leistenhoden wird wohl der eine wenigstens geschont werden müssen, falls er nicht auch schon auffällig degeneriert ist.

Ganz anders fällt jedoch die Antwort auf die Frage aus, ob erhalten oder geopfert werden soll, wenn es sich um einen Kryptorchen im Knabenalter handelt.

Hier kommen mehrere Punkte in Betracht. Erstens müssen wir zu beantworten trachten, ob ein Leisten- oder Bauchhode unter allen Umständen operiert resp. durch Operation an seinen eigentlichen Platz im Scrotum gebracht werden soll. Könnte man heute schon statistisch sicherstellen, dass der Hode nach seiner Reposition weiter normal sich entwickelt, so wäre diese Frage entschieden; es würden dann auch alle Zweifel darüber wegfallen, ob die gefürchtete „Neigung des Kryptorchismus zur Afterbildung in einer inneren elementaren Veranlagung des auf den weiblichen Typus zurückvariirenden Organs“ — wie Nicoladoni*) sich ausdrückt, besteht oder aber ob sie auf die fehlerhafte Lage des Organs, auf die diese begleitenden Störungen seiner Entwicklung zurückzubeziehen ist.

Diese Frage, ob nämlich der repornierte Hode in der Folge stets normal weiter sich entwickelt, kann die heutige Statistik noch nicht beantworten.

Die älteren Operateure, die bei Kryptorchismus die Herstellung möglichst idealer Verhältnisse anstrebten (Rosenmerkel, Chelius**), waren nicht so glücklich, dauernde Resultate zu erzielen.

---

*) Wiener mediz. Presse No. 10—17, 1895. Separatabdruck, pag. 32.
**) Cf: Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane von Kocher. (D. Chir. Lief. 50. 6.)

Ueber den Fall Schüllers,*) der in der Litteratur als erster genannt zu werden pflegt, bei dem behufs blutiger Reposition des Leistenhodens planmässig, wenn auch nicht vielleicht ganz zweckmässig vorgegangen wurde, weiss man nur soviel, dass 4 Wochen nach der Operation noch keine Atrophie da war.

Ueber länger dauernde Beobachtungen verfügen Kocher**) und Nicoladoni.***)

Namentlich die Fälle Nicoladonis sind sehr belehrend; auch hat Nicoladoni eine anatomisch genau durchdachte Methode angegeben, auf die ich noch zurückkomme.

Es muss aber erst mehr Material zu der noch jungen Statistik gesammelt werden, um entscheidende Zahlen zu gewinnen, wozu auch diese Zeilen einen bescheidenen Beitrag liefern sollen.

Wie die Dinge heute stehen, darf die Frage, ob geeignete Fälle von einfachem Kryptorchismus ohne Complication nicht auch mit zweckentsprechenden Bandagen behandelt werden sollen, nicht ohne weiteres verneint werden.

Die Fälle Trélats†) ermutigen dazu. Allerdings bleibt die Zahl der geeigneten Fälle recht klein — und eine Bandage immer ein Notbehelf.

Eine weitere Schwierigkeit erwächst durch die Unsicherheit des Urteils darüber, ob in einem gegebenen Falle, wo wegen complicierender Hernie, oder wegen fortwährender Beschwerden, die der Kryptorchis durch Torsion, Einklemmung etc. verursacht, operiert werden muss, ob da der Hode schon auch im Kindesalter charakteristische Merkmale darbietet, welche seine fernere Lebens- und Functionsfähigkeit verbürgen oder in Frage stellen.

Ganz normal sind solche Hoden niemals; die Angaben „nicht so ganz elend", „respectable Grösse" etc. genügen nicht, um zu beweisen, was man gern möchte. Auch hier kann erst längere Beobachtung operierter Fälle mit genauem Operationsstatus helfen.

Hat man endlich vollends einen beiderseitigen Leisten- oder Bauchhoden, den einen oder gar beide überdies noch mit Hernie gepaart, zu beurteilen, dann steht man erst wieder vor neuen ungelösten Fragen. —

Alle diese Momente fordern auf, geeignetes Material zu dem noch unfertigen Baue zusammenzutragen; sie mögen auch diese Mitteilung rechtfertigen. Allerdings hätte ich gewünscht, die wenigen Monate und Wochen, über die ich verfüge, wären Jahre der Beobachtung. Doch gilt es ja, wie wir schon oben angedeutet, auch noch so manche technische Seite der Kryptorchis-Operation zu vervollkommnen, aufserdem handelt es sich darum, zu entscheiden, ob nach einem einheitlichen Typus operiert werden soll,

---

*) Centralbl. f. Chirurgie, 8. Jahrg. S. 819. —

**) l. c.

***) „Zweihundertundsechtzig Radikalop. nach Bassini" von Prof. C. Nicoladoni. (Wiener mediz. Presse No. 10—17. 1895.)

†) Cf. Kocher l. c. pag. 592.

††) Der erste Fall ist zunächst ganz besonders interessant in Bezug auf die Heredität der Missbildung.



oder ob es nicht zweckmäfsiger ist, individualisierend je nach dem Falle verschieden vorzugehen. Dazu taugt ganz gut auch jeder eben beobachtete Fall.

Ich hatte bisher Gelegenheit erst in 2 Fällen, in dem ersteren einen rechtsseitigen, in dem letzteren einen doppelseitigen Kryptorchen, den ersteren wegen häufig wiederkehrender Einklemmungserscheinungen, den letzteren wegen einer complicierenden rechtsseitigen Hernie zu operieren —, in beiden Fällen jedoch vornehmlich zu dem von den Eltern heissgewünschten Zwecke, dass die Hoden der Knaben an ihren Platz kommen.

Der Knabe U. Theodor, ist gegenwärtig 13 J. alt, der älteste der vier Brüder, und rechtsseitiger Kryptorch; ebenso ist der jüngste, 8 J. alte Bruder ein rechtsseitiger Kryptorch und ist es auch der Bruder der Mutter. Nach den Angaben der Mutter hatte ihr Bruder im Kindesalter viel von seiner Kryptorchie zu leiden und wurde ihm in Zürich seinerzeit ein Band angeraten; auch in der letzten Zeit verursachte ihm sein Leistenhode ab und zu grosse Beschwerden. Näheres konnte ich nicht erfahren, da der Herr im Auslande lebt. Der Vater ist normal.

Den 13jährigen Sohn der Frau habe ich seit ca. 1 Jahr wegen seines rechtsseitigen Leistenhodens in Behandlung; ein weiches Band mit hohler Pelotte schien lange Zeit hindurch gute Dienste zu leisten. Erst im verflossenen Herbste wurde es insufficient; der Hode sprang öfter vor die Leistenöffnung vor und schwoll gleich stark an; der Knabe bekam Erbrechen, musste sich niederlegen, Umschläge machen; dann schwoll der Hode wieder ab, schlüpfte entweder spontan wieder zurück oder wurde vom Patienten zurückgebracht. Solche Attaquen wiederholten sich Ende Dezember v. J. so häufig, dass sowohl der Patient, der im Schulbesuch und sonst auch fortwährend gestört war, als auch seine Eltern Beseitigung des lästigen Zustandes verlangten.

Die Operation wurde am 21. Dezember v. J. mit Hilfe der Herren Dr. Bittner und Nachod vorgenommen. Vorsichtshalber hatte ich mir von den Eltern die Einwilligung auch zur Castration eingeholt, wenn ich dies für notwendig halten sollte.

Es wurde der Processus vaginalis und das ganze Scheidenhautsäckchen präparando blosgelegt, wobei es sich zeigte, dass ein Fall „subaponeurotischer Kryptorchie“ nach Nicoladoni vorlag. Um sicher zu gehen, spaltete ich den geschlossenen Sack und besichtigte den Hoden. Er war gut entwickelt, nicht plattgedrückt, vorn stark Bohnengrösse und trug am oberen Pol in dem Winkel, wo sich der Samenstrang von ihm abhob ein ovales Gerstenkorngrosses, flach aufsitzendes Anhängsel. Die Consistenz des Hodens war die des anderen normalen, soweit es durch die Scrotalhaut vergleichend constatiert werden könnte. Die Geschlechtsdrüse sah also ganz darnach aus, conserviert werden zu sollen.

Ich schnitt also den Proc. vag. von dem eben angelegten Längsschlitz aus an seiner Innenwand vorsichtig circulär quer ein und löste ihn nach aufwärts vom Samenstrange soweit ab, dass die Ränder seines jetzt röhrenförmig sich präsentierenden

centralen Querschnittes mit 2 Péans wie ein kurzer Arterienstumpf gefasst werden konnten. Mit Hilfe dieser Handhabe ging dann die Ablösung höher centralwärts leicht vor sich.

Diese Art der Isolierung des Funiculus, wie sie auch Schüller ähnlich vornahm, ist etwas mühsam, und es ist viel leichter, wie Nicoladoni empfiehlt, die Lösung bei zunächst uneröffnetem Processus von oben abwärts resp. peripherwärts zum Hoden vorzunehmen und den Processus erst dann quer zu trennen, nachdem hoch oben im Niveau des A. epigastrica eine Ligatur um ihn herumgelegt worden ist. Es ist selbstverständlich, dass man sich vorher davon überzeugen muss, dass der Processus leer ist. —

Nach hoher Ligatur des Processus, die ich wie sonst bei der Radikaloperation der Hernie mittels einer matratzennahtähnlichen Sutur besorge, wurde der Leistenkanal bei stark medianwärts angezogenem Funiculus durch einige tiefe Kanalnähte verschlossen.*) Der Hode liess sich nun nach unten ziehen, ich konnte ihn aber auch bei maximaler, noch erlaubter Anspannung des Samenstranges nicht tiefer, als eben unter die Höhe der Symphyse bringen, so dass er eben in den oberen Abschnitt des Scrotum zu liegen kam. Es hätte in diesem Falle auch gar nichts weiter gefruchtet, wenn ich den Gubernaculumrest, den ich als Zugleine benützte, wie Nicoladoni empfiehlt, in einen Schlitz am Damme eingenäht hätte, abgesehen davon, dass der nachher wieder vernähte Schlitz in dieser Gegend, trotz der Occlusionsnaht Infectionen aller Art ausgesetzt ist.

Ich fand aber, dass beim Andrücken des abwärts angezogenen Funiculus an den Pecten ossis pubis nahe der Symphyse der Hode ruhig unten blieb und nicht mehr hinaufschnellte; dies nützte ich aus und fixierte durch eine wenn man so sagen darf „parafuniculare“ Seidennaht das Bindegewebe des Samenstranges an das Periost.

Diese Fixationsnaht, welche den darüberliegenden Abschnitt des Funiculus straff gespannt erhielt, bewährte sich ganz gut, trotz allerlei nachträglichen Skrupeln meinerseits darüber, ob diese Naht wegen zu straffer Spannung des Funiculus den Hoden in der Ernährung nicht schädigen kann, ob sie dem späteren erwünschten Descensus nicht hinderlich entgegenwirken dürfte etc. — so dass ich sie auch in dem zweiten Falle wieder anlegte, nachdem ich mich überzeugt hatte, dass weder Ernährnng noch freie Beweglichkeit des Hodens nachher dadurch leidet.

Ueber den Funiculus und die tiefe Kanalnaht wurde sodann die gespaltene Aponeurose des M. obliq. als Deckblatt des Funiculus durch separate Nähte vereinigt, nachdem zur Vermeidung der Tendenz des Hodens, sich horizontal zu stellen, der Gubernaculumrest am Fundus des Scrotum, welches zu dem Zweck umgestülpt wurde, mittelst einer feinen Seidennaht fixiert worden war. Da sich bei der nun folgenden Hautnaht die rechts und links am Hoden zurückge-

---

*) Ueber die Technik dieser sehr einfachen Naht, die ich auf Grund unserer Erfahrungen bei Kindern für vollkommen ausreichend halte, confer. die Public. meines Sekundärarztes, des Herrn Dr. Bittner „Zur Radikaloperation der Inguinalhernie im Kindesalter“ (Langenbecks Archiv f. klin. Chir. Bd. XLIX, Heft 4).

bliebenen Hälften der Tunica vaginalis (der untere Teil resp. Hodenanteil des durch den Revisionsschnitt gespaltenen Proc. vaginalis) thürflügelartig über den Hoden, diesen deckend, legten, wurde von einer separaten Naht der Hodenhülle abgesehen. — Jodoformgazeverband.

Die Operation wurde in der Privatwohnung der Partei vorgenommen. Wie es schon so der Fall ist, musste während der Nachbehandlung allerlei Wünschen Rechnung getragen werden. So kam es, dass ich mich durch Klagen über Schmerzen bewegen liess, um ganz sicher zu gehen, den trockenen Verband am 2. oder 3. Tage durch einen feuchten, der dem Knaben wohler that, zu ersetzen. Es wurde von da ab täglich mit essigs. Thonerde verbunden. Dabei muss irgend einmal eine kleine Infektion stattgefunden haben, denn es kam in der Folge zur Eiterung eines Stichkanals. Dies hatte ausser einer Verzögerung der Heilung zum Glück nur den Schaden, dass sich nachher einige Seidenfäden der Aponeurosensutur abstiessen und durch die eiternde Nahtöffnung abgingen. Die Wunde selbst ist lineär vernarbt und der Hode ist seitdem noch etwas mehr herabgestiegen, so dass er jetzt — 3 Monate nach der Operation — im oberen Drittel das Scrotum beweglich und rund anzufühlen placiert ist. Beim Husten kein Anprall in der Narbengegend zu fühlen; der Knabe hat keine Beschwerden mehr und macht stundenlange Promenaden, ohne dass ihn der etwas höher gelegene Hode irgendwie geniert.

2. Der zweite Fall wurde am 17. Februar l. J. in der hiesigen Heilanstalt des Herrn Dr. Bloch von mir operiert.

Er betraf ebenfalls einen 13 J. alten Knaben, K. Rudolf, mit doppelseitigem, links submuskulärem Leistenhoden und rechtsseitiger angeborener Hernie. Bezüglich der Heredität ergiebt hier die Anamnese keine brauchbaren Anhaltspunkte.

Nachdem Bruchbänder nichts leisteten, verlangte die Mutter die Operation.

In diesem Falle befolgte ich Nicoladoni's Rat bezüglich der Lösung des Samenstranges. Ich fand auch, dass schon die blosse Auspräparierung des Processus vaginalis im Zusammenhange mit der Hodenhülle die Mobilisierung des Funiculus wesentlich fördert.

Nach vollbrachter Lösung des Samenstranges folgte wiederum hohe Ligatur des sorgfältig auf eventuellen Inhalt geprüften Processus, rechts des Bruchsacks, Durchschneidung unter der Ligatur, Abtragung des überschüssigen Teiles über dem Hoden. Hier liess ich beiderseits die Hodenhülle ungespalten und hatte den Vorteil, nachher bloss die Querschnittsöffnung des Ueberganges des Processus zur Tunica vaginalis durch 1—2 Nähte zu knüpfen. —

Sonst wurde verfahren wie sub 1. Parafuniculare Periostnaht. — Totale Occlusion der Wunden, rechts Radikaloperation der Hernie. Der rechte Hode liess sich tiefer ins Scrotum schieben als der linke, wohl wegen der schon durch die Hernie vorher bedingten stärkeren Dehnung des Samenstranges. Der rechte Hode machte einen besseren Eindruck, war etwa bohnengross, der linke zeigte dafür einen wulstigeren Nebenhodenanteil mit etwas kleinerem, doch nicht plattem Hoden.

In diesem Falle blieb der nach der Operation angelegte Jodoformgazeverband volle 8 Tage liegen. Beide Wunden zeigten nachher primäre Heilung. Der Knabe verliess am 26. Februar die Anstalt. Ich sah ihn zuletzt vor wenigen Tagen. Er hat gar keine Beschwerden; der rechte Hode ist im Scrotum, der linke genau so wie in dem ersten Falle am Eingange ins Scrotum.

Es sind nur 2 Fälle von operativ geheilter Kryptorchie bei Kindern, die ich bringe. Sie sind aber nichtsdestoweniger lehrreich. Zunächst bestätigen sie die Annahme derjenigen Chirurgen, die sich mit dem Gegenstand eingehender beschäftigt haben, vor Allem jene Nicoladoni's, dass der Hode bei Kryptorchie nicht immer verkümmert ist und daher, wo thunlich, conserviert werden soll.

Sie zeigen ferner, dass diese Conservierung gelingt, wenn man sorgfältig operiert, wenn es auch nicht immer möglich ist, den Hoden gleich bei der Operation bis an den Fundus das Scrotum zu bringen. Es ist volle Berechtigung vorhanden anzunehmen, dass den weiteren Descensus die Natur selbst durch die ungehemmte Entwicklung des freigemachten Hoden besorgt, wenn man ihr nur den Weg durch die Operation gezeigt hat. —

Auch wenn dies nicht geschehen sollte bis zu jenem Grade, den man wünscht, so ist für den Fall einer event. späteren Degeneration Vorsorge getroffen, das kranke Organ durch einfache Castration leicht entfernen zu können ohne complicierende Schwierigkeiten, wie solche bei bestehender Kryptorchie von Seite des Leistenkanals oder gar des Peritoneum sich darbieten können.

Es soll also unbedingt sofort operiert werden, sobald ein Band weder Schutz gewährt noch den Descensus begünstigt, und Beschwerden von Seite des Organs auftreten.

Es soll vielleicht auch operiert werden, damit eben der Descensus, durch die Operation angebahnt, rascher vor sich gehe, damit durch Wegfall der verschiedenen auf den retinierten Hoden einwirkenden Schädlichkeiten sowohl der Atrophie als auch der Gefahr krankhafter Degeneration entgegengewirkt werde.

Diese letztere, wenn ich so sagen darf prophylaktische Indication wird sich aber erst aus einer grösseren Zahl länger beobachteter Fälle ergeben. —

Schliesslich möchte ich noch hervorheben, dass es mir wenigstens angezeigt erscheint, in jedem einzelnen Falle während der Operation den jeweiligen anatomischen Verhältnissen Rechnung zu tragen; die Ablösung des Samenstranges soll in allen Fällen nach dem Vorschlage Nicoladoni's vorgenommen werden und möglichst hoch hinauf, bis zur Apertura interna des Leistenkanals gehen; dazu ist eine sorgfältige präparatorische Bloslegung des ganzen Processus vaginalis notwendig. Ob man den Verschluss des Leistenkanals nach Bassini oder durch eine exakte Kanalnaht besorgt, dürfte für den Verschluss selbst bei einfachem Kryptorchismus ohne Hernie gleichgiltig sein. Bei Erwachsenen mit Hernie mag die Bassinische Operation den Vorzug haben. —

II. Referate.

36) **Israel.** Erfahrungen über operative Heilung der Bauchfelltuberkulose.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896. No. 1.)

Die Anzahl der operativ behandelten Bauchfelltuberkulosen bei Kindern unter 10 Jahren ist merkwürdigerweise eine sehr kleine, obgleich die Krankheit gerade bei Kindern nicht selten ist. J. vermehrt die Litteratur um 3 Fälle, Kinder von 4—7 Jahren betreffend, die alle durch die Operation geheilt wurden. Sie kamen in verhältnismässig frühen Stadien der Krankheit zur Operation (3—4 Wochen, 1 Monat, 3 1/2 Monate) nach der ersten Wahrnehmung der Erkrankung durch die Angehörigen. Dauer der Heilung bis jetzt 17, 16 1/2, 7 Monate. Alle drei waren hoch fieberhaft mit hektischem Typus, dessen abendliche Elevationen zwischen 38 und 40° schwankten, während die Morgentemperaturen niedrig waren. In allen 3 Fällen handelte es sich um ausgedehnteste, alle Teile des Bauchfells überziehende Knötcheneruption mit minimalem, einige Esslöffel voll betragenden Flüssigkeitserguss. In allen 3 Fällen wurde vor Verschluss der Bauchwunde eine zwischen 10 und 30 gr wechselnde Menge 10%igen Jodoformöls in die Bauchhöhle gegossen. Was nun die einzelnen Krankheitsbilder anbelangt, so erkrankte der 1. Patient, der vor 16 1/2 Monaten operierte, damals 4 Jahr alte Knabe, 14 Tage vor seiner Aufnahme an Schmerzen im Leibe, Schwäche, Unlust sich zu bewegen. Damals Pat. sehr elend, gewaltige Auftreibung des Leibes, in demselben einige knollige und strangförmige Härten fühlbar, dagegen kein Flüssigkeitserguss, Fieber mit unregelmässig hektischem Typus, über die r. Lunge von der 4. Rippe abwärts reichliches kleinblasiges Rasseln. Befund bei der Laparotomie: Bauchmuskulatur ödematös, properitoneales Gewebe sulzig, Parietalperitoneum 3—4fach verdickt, rot, granuliert, das gesamte parietale wie viscerale Bauchfell übersät mit kleinsten Miliartuberkeln; Netz zusammengerollt, vorn adhärent, Darmschlingen zum Teil miteinander verbacken; nirgends fibrinöse oder käsige Auflagerungen, minimale Menge trüb-seröser Flüssigkeit. 14 Tage post operationem Entwickelung einer Darmfistel am unteren Wundwinkel; Bauchwunde und Nahtstiche teilweise tuberkulös. Heilung durch Jodtincturpinselungen; auch die Darmfistel schliesst sich nach einigen Monaten. Entlassung mit 7 1/2 Pfd. Gewichtszunahme. Der 2. Patient, der vor 17 Monaten in seinem 6. Lebensjahre operierte, erkrankte 6 Wochen vor seiner Aufnahme, 3 1/2 Monate vor der Operation, acut mit Erbrechen, kam körperlich rapid herunter, sodass er eine fast leukämische Blässe darbot, abendliche Fiebertemperaturen, häufig bis 39—40°, er lag wimmernd im Bett, den Kopf in den Kissen vergraben, schrie laut bei der leisesten Berührung jeder Körperstelle auf, hatte ein tief eingezogenes Abdomen, welches durch bretthartе reflectorische Spannung der Bauchmuskulatur dem leisesten Palpationsversuch Widerstand entgegensetzte; Stuhl abwechselnd verstopft und diarrhöisch. Nach 14 Tagen

allmählig immer stärkere Auftreibung des Leibes, etwas Druckempfindlichkeit. Von der 6. Woche ab spontane Schmerzen im Leibe, wesentlich in der Umgebung des Nabels, strangförmig verdicktes Netz und verbackene Darmschlingen fühlbar. Befund bei der Operation: Verwachsungen des Netzes mit der Bauchwand und der vielfach mit fibrinösen Niederschlägen bedeckten Darmschlingen untereinander; Mesenterien und Darmschlingen mit Knoten bis zu Kirschkerngrösse übersät. Nach der Laparatomie sofort das hohe Fieber weg, doch erholte sich der Pat. gar nicht so recht, nach 1 Monat begann der Leib wieder etwas aufzutreiben und zugleich Durchfälle und Appetitlosigkeit sich einzustellen. 36 Tage nach der 1. Laparotomie infolgedessen eine zweite, bei der aber J. zu seiner freudigsten Ueberraschung die gesamten Tuberkeln spurlos verschwunden fand; nur an einer Darmschlinge sass noch ein kleines Knötchen, das behufs Untersuchung excidiert wurde und sich als ein fibröses Gewebe erwies, welches einen der Jodoformölinjektion entstammenden Oeltropfen umschloss. Nach dieser Operation erholte sich Pat. zusehends, die Temp. blieb dauernd normal und es erfolgte Entlassung mit 12 Pfd. Gewichtszunahme. Der 3. Kranke, zur Zeit der Operation 7 Jahre alt, hatte nach Masern erst eine trockene rechtsseitige Pleuritis bekommen mit sehr langsamer Reconvalescenz. Daran schloss sich nach einem scheinbar gesunden Intervall von 4 Wochen bei subjectivem Wohlbefinden des Kindes eine auffällige Auftreibung des Leibes. Febris hectica mit Abendsteigerungen bis 39,5°, ohne dass das Kind sich leidend fühlte. Starke kugelförmige Vorwölbung des Leibes, ohne Resistenzen, ohne nachweisbare Flüssigkeit. Ueber der r. Lungenspitze gedämpfter Perkussionsschall, ebenso r. hinten von der 8. Rippe abwärts; in beiden Bezirken abgeschwächtes unbestimmtes Atemgeräusch. Operationsbefund: parietales und viscerales Peritoneum sehr verdickt, sehr blutreich, von dicht aneinander gelagerten, zum Teil erbsengrossen Knötchen bedeckt, Netz zusammengerollt, nur ca. 200 ccm freie Flüssigkeit. Ebenfalls vollkommene Heilung. J. fasst seine Erfahrungen an diesen 3 Fällen in folgende Sätze zusammen.

1. Die Heilung der Peritonealtuberkulose durch Laparotomie kann nicht erklärt werden durch eine Entleerung ascitischer Flüssigkeit, da unsere beiden ersten Fälle so gut wie keinen, der 3. Fall nur 200 ccm Erguss im Leibe hatten.
2. Trotz Vorhandenseins eines tuberkulösen Darmgeschwürs kann durch einfache Laparotomie eine Heilung der Bauchfelltuberkulose erfolgen und von Dauer sein.
3. Schon 36 Tage nach der Laparotomie können sämtliche Tuberkeln, selbst wenn sie Kirschkerngrösse erreichen, verschwunden sein.
4. Ein hochfieberhaftes Verhalten bei der Bauchfelltuberkulose contraindiciert keineswegs die Operation, wie von französischer Seite betont worden ist.

Sieht man die bisher veröffentlichten Operationen der Bauchfelltuberkulose durch, so kommt man nach J. zu dem Schluss, dass es keine Form dieser Krankheit giebt, die nicht schon günstig durch die

Laparotomie beeinflusst worden wäre, mit Ausnahme der acut. allgem. Miliartuberkulose. J. würde also bis zur weiteren Klärung auf diesem Gebiete für erlaubt halten, bei jeder Bauchfelltuberkulose die Laparotomie zu versuchen, solange überhaupt noch eine Widerstandsfähigkeit für einen operativen Eingriff vorhanden ist.

---

37) **Grosse.** Ueber den Zusammenhang von Schädeltuberkulose und Trauma.

(Aus dem Karl-Olga-Krankenhause in Stuttgart.)

(Monatsschrift für Unfallheikunde 1896. No. 3.)

G. berichtet über folgenden Fall, wo ein Zusammenhang zwischen tuberkulöser Knochenentzündung und Trauma klar nachweisbar ist.

Clara W., 7 Jahre alt, Taglöhnerkind. gut genährt; ältere Schwester hat tuberkulöse Coxitis gehabt. Pat. fiel am 26. April 1894 mehrere Stockwerke hoch herab; nach dem Sturz soll keine Bewusstlosigkeit vorhanden gewesen sein; das Kind habe nur heftig aus der Nase geblutet. Aufnahmebefund: Linke Oberkiefergegend stark verschwollen, auf Druck schmerzhaft, linkes Nasenbein nach einwärts gedrückt; aus der linken Choane starke Blutung. Am linken Orbitalrand und am linken Scheitelbein bedeutende Blutergüsse mit starker Protrusio bulbi und nach einigen Tagen bemerkbar werdender Suffusio conjunctivae. Entsprechend diesen Veränderungen und der Schwere der verletzenden Gewalt ist die Annahme einer Fractur des Stirnbeins nicht unbegründet. Die fortdauernde Blutung aus der Nase stand erst auf Tamponade, nachdem das Nasenbein mit der Kornzange reponiert war. In der folgenden Nacht stellte sich starkes Erbrechen ein, anfangs von reinem Blut, später von farblosem Mageninhalt. Puls 96. Temper. normal. Pat. war ruhig und schlief viel.

Nach 8 Tagen hatte sich Pat. erholt, die Schwellung war zurückgegangen, die Dislokation an der Nase beseitigt. Am 9. Mai geheilt entlassen, blieb sie dann ca. 10 Monate ganz gesund.

Erst am 10. März 1895 wieder in der Poliklinik vorgestellt wegen einer seit einiger Zeit bestehenden Anschwellung des linken oberen Augenlides. Das Kind sonst gut genährt, von frischem Aussehen. Das betreffende Lid entzündlich gerötet und geschwollen; deutliche, ziemlich oberflächliche Fluktuation. Die Incision ergab reichlichen, ziemlich dünnflüssigen Eiter. Unter Rückgang der übrigen Erscheinungen blieb eine kleine, spärlich absondernde Fistel. Dann blieb das Kind aus der Behandlung weg. Nach einigen Wochen erst wurde es wieder vorgestellt. Jetzt bestand noch immer die Fistel und dazu ein deutlich fluktuierender, fast hühnereigrosser, schlaffer, flacher Abscess auf dem Scheitelbein. Jetzt wurde die Diagnose auf Schädelknochentuberkulose gestellt und operiert.

Nach Incision des Abscesses auf dem Scheitelbein und Entleerung des Eiters kam man auf einen völlig gelösten, im Eiter schwimmenden Sequester von der Grösse eines silbernen 20 Pfennigstückes im hinteren oberen Winkel des rechten Os parietale; leicht zu entfernen. Die deutlich Tuberkelknötchen enthaltenden, graugelben Granulationen der Umgebung wurden nach Entfernung des Sequesters mit dem scharfen Löffel ausgekratzt; im Grunde der Wunde lag die Dura zu Tage. Nach Erweiterung der Fistel am Augenlid kam man ebenfalls auf mehrere freiliegende Sequester am Orbitalrand, linsen- bis erbsengross, die extrahiert wurden. Nach 6 Wochen war die Wunde über dem Os parietale geheilt. Der Knochendefekt hat sich später mit neugebildetem Knochengewebe ausgefüllt. Am Augenlid dagegen blieb eine Fistel. Nach einer nochmaligen Erweiterung derselben kam man wieder auf einen kleineren und einen grösseren Sequester, letzterer dem Processus orbitalis des Stirnbeins entsprechend, deutlich sclerosiert, beide frei beweglich. Die Fistel blieb aber immer noch und musste später nochmals ausgekratzt werden. Nachdem das Kind dann noch 5 Wochen

lang mit Injektionen von Natr. cinnamylic. behandelt worden, schloss sich die Fistel definitiv. Seitdem hat sich ein neuer Heerd nicht wieder gezeigt.

Die Knochenerkrankung war wohl sicher eine tuberkulöse. Die Erkrankung am Scheitelbein entsprach völlig dem von Volkmann entworfenen Bilde der perforierenden Schädeltuberkulose. Die tuberkulöse Erkrankung sass am linken Orbitalrand, der bei dem Sturz den Hauptstoss erlitten zu haben schien, dann am Scheitelbein, wo sich auch damals ein Bluterguss und Knochenquetschung fand. Vor dem Unfall war das Kind gesund, das Leiden trat erst 10 Monate nach dem Unfall zu Tage, eine Zeit, die zur Entwickelung der Tuberkelknötchen, zur Verkäsung und eitrigen Einschmelzung bis zur Sequesterlösung genügen würde, — kurz, der Zusammenhang mit dem Trauma ist evident.

Ein ähnlicher Fall wurde 1886 von Israel beschrieben. Hier kam ein 7jähriger Knabe mit einer später als Fractur erkannten Schädelverletzung in Behandlung. Da der Knabe kräftig und gesund war, die Verletzung zunächst nur eine leichte zu sein schien, wurde Pat. bald entlassen, um nach 3 Monaten mit Schädeltuberkulose zurückzukehren. Dieselbe kam zuerst am Orte der früheren Verletzung zum Ausbruch, ging dann auf andere Stellen über und heilte erst nach mehrfachen Operationen lange darauf ab.

---

38) **H. Starck.** Tuberkulöse Halsdrüsen im Zusammenhang mit cariösen Zähnen.

(Aus der chirurg. Klinik zu Heidelberg.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 7.)

St. untersuchte 113 Kinder mit Halsdrüsenschwellungen betreffs eines Znsammenhangs des Entstehens der letzteren mit cariösen Zähnen und konnte bei 41% diesen Zusammenhang nachweisen; die Drüsen entsprachen fast stets dem Sitze der cariösen Zähne, sodass z. B bei linksseitiger Caries zugleich links die Drüsen sassen, ja dass, wenn die hinteren Backzähne cariös waren, auch die Drüsen sich in der Gegend des Kieferwinkels befanden; bei Caries mehrerer Zähne war oft ein ganzer Kranz von Drüsen zu fühlen, bei geringerer Ausdehnung der Zahncaries war auch die Drüsenschwellung weniger ausgedehnt; endlich ging oft dem Entstehen der Drüsen Zahnweh voraus.

Odenthal hat darauf hingewiesen, dass das tuberkulöse Virus durch die cariösen Zähne in den Organismus eindringen und so Drüsentuberkulose veranlassen könne. Von 5 hierher gehörigen Fällen St.'s waren 3 Kinder im Alter von 7—10 Jahren. Tonsillen und Schleimhäute waren normal, auch sonst nirgends etwas Pathologisches zu finden. Die Drüsen entsprachen der Lage nach den cariösen Zähnen und waren 2mal nach Zahnweh entstanden. In keinem der gezogenen Zähne konnte man zwar Tuberkelbacillen finden, was aber nicht beweiskräftig ist, da sie seit der Infektion hinweggeschwemmt sein konnten, andererseits auch nach Miller Bacillen

in der verfaulten Zahnpulpa infolge des Verbrauchs von Nährmaterial zu Grunde gehen.

Prägnanter ist der Beweis in den 2 letzten Fällen. In dem einen wurden in den beiden Molarzähnen zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen. Im zweiten befand sich zwischen 2 Wurzeln eines Molaris I. ein schon makroskopisch durch den Gehalt an Knötchen verdächtiges Granulationsgewebe, welches den Grund einer cariösen Höhle bildete, in welcher eine Reihe von Tuberkelknötchen mit zahlreichen Riesenzellen gefunden wurden. Dadurch, dass nach $^5/_4$ Jahren kein Recidiv auftrat, ward die Deutung des Falles noch klarer; es handelt sich hier um eine einmalige Infektion von Tuberkelbacillen, welche sich in der cariösen Zahnhöhle festsetzten und zwischen den Wurzeln einen primären Heerd schufen, von welchem aus die Infektion der Drüsen erfolgte.

Solche tuberkulöse Drüsen, welche cariösen Zähnen ihren Ursprung verdanken, bieten, vorausgesetzt dass die Tuberkulose eben noch in den Drüsen lokalisiert ist, natürlich eine gute Prognose. Durch Entfernung der kranken Zähne und der Drüsen schafft man das tuberkulöse Gift samt der Eingangspforte für eventuelle Recidive fort, welche da besonders zu erwarten wären, wo die Kinder, in deren Umgebung sich ein phthisisches Individuum befindet, einer stetigen Infektionsgefahr durch bacillenhaltigen Zimmerstaub und Nahrungsmittel ausgesetzt sind. Man wird also stets bei Kindern genau auf Zahncaries zu achten und solche zweckmässig zu behandeln haben, vor allem aber durch sorgfältige Zahnpflege solche überhaupt zu verhüten suchen müssen, damit nicht Eingangspforten für das tuberkulöse Gift und manche andere Infektion bestehen. Vielleicht werden dann auch die so häufigen Hals- und Kiefertumoren seltener, z. B. jene Carcinome und Sarcome, die so oft einen infektiösen Eindruck machen und vielleicht cariösen Zähnen, die man häufig dabei entdeckt, ebenfalls ihr Dasein verdanken.

---

39) **Karewski.** Resektionen am Thorax bei Empyem.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 11.)

In der Berliner medic. Gesellschaft (29. Januar 1896) machte K. Mitteilungen über dies Thema. Die Normaloperation des Empyems nach König besteht in der Anbringung eines Loches im Thorax durch Resektion eines Rippenstückes. Seit Einführung dieser Methode sind die Erfolge der Empyembehandlung wesentlich bessere geworden. Aber es giebt doch noch Fälle, welche auch so nicht zur Heilung kommen, bei denen Fisteln mit dauernder Secretion zurückbleiben und die unter Hektik zu Grunde gehen. Bei diesen nun kann man durch Fortnahme grösserer Partieen der Thoraxwand noch nachträglich Heilung erzielen. Die Ursache aber solcher Fisteln ist ausser Erkrankungen der Rippen selbst die Lungenschrumpfung, die wiederum

bedingt sein kann durch starke Compression der Lunge oder durch Verlust der Verklebungsfähigkeit der Pleura pulmonalis und costalis. Die Lunge kann einmal derartig zusammengefallen sein, dass von einem Lungengewebe nicht die Rede sein kann, sondern nur am Hilus das kleine und geschrumpfte Organ zu finden ist. Für diese Fälle hat Schede die Fortnahme fast der ganzen Thoraxwand empfohlen und damit Besserung und Heilung erzielt. Häufiger aber handelt es sich nur um eine ungenügende Ausdehnung der Lunge. Die Rippen haben sich aufeinandergelegt und sind mit einander verwachsen, sodass jetzt die starre Thoraxwand nicht mehr nachgeben kann. Das Missverhältnis zwischen Lunge und Thoraxwand bleibt übrig.

In 3 derartigen Fällen hat K. eine Thoraxresektion gemacht, ausserdem noch in einem 4. Falle sozusagen primär, bei einem Empyem, bei dem von vorherein eine Fistelbildung zu erwarten war:

1) 6 jähriger Knabe. Februar 1890. Pneumonie, Pleuritis, die nach der Punktion, wie so häufig, eitrig wurde. Aspirationsdrainage. 10 Monate nach Entstehung des Empyems Pat. von K. untersucht. Empyemhöhle 3 : 8 cm. Resektion der 6. bis 3. Rippe in einer Ausdehnung von 5—7 cm. Heilung nach 16 Wochen.

2) 8 jähriger Knabe. 1892. Scharlach, Pneumonie, Empyem. $1^1/_2$ Jahre nach Entstehung bestand eine Fistel, die in einen Hohlraum von 5 : 10 cm. auf der rechten Seite führte. Resektion der 8. bis 5. Rippe in einer Ausdehnung von $11^1/_2$—4 cm. Es blieb noch ein Hohlraum nach vorn, in der Richtung nach dem Sternum zu, zurück. Daher Resektion der 2. bis 5. Rippe in einer Ausdehnung von 13—9 cm. Heilung. Neues Fieber wegen einer linksseitigen Fistel, Resektion der 8. bis 3. Rippe in einer Ausdehnung von 15—9 cm. Heilung. 3 Wochen später diffuse Bronchitis, die zum Exitus führte. Ein Zusammenhang mit der Operation bestand nur insofern, als der Pat. mit einem solchen Thorax die Bronchitis nicht mehr überstehen konnte.

3) 14 jähriger Knabe. Januar 1894 Scharlach, Nephritis, eitrige Pleuritis. April Resektion von Stücken der 6. und 7. Rippe. Erholung. Zurückbleiben einer Fistel. November Hohlraum von 10 : 4 cm. Resektion der 8. bis 4. Rippe in einer Ausdehnung von 18—15 cm. Nach 5 Wochen Heilung. — Hier zeigte sich bei der 1. Resektion, wie geringfügig die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge schon nach 8—10 wöchentlichem Bestehen des Empyems sein kann.

4) Kind mit Empyem, das seit 3 Monaten bestand. Eine Fistel schien sich schon spontan bilden zu wollen. Die Lunge zeigte sich bei der Operation so retrahiert, dass nichts mehr von ihr zu sehen und zu fühlen war. Der Eiter entleerte sich in continuierlichem Strome, nicht stossweise, entsprechend der Expiration. Um das Kind nicht der Gefahr einer Fistel auszusetzen, Resektion der 8. bis 3. Rippe in Ausdehnung von 12—4 cm. Heilung nach 5 Wochen.

Alle 4 Pat. überstanden den Eingriff sehr gut. Die chirurgisch Forderung, ein für alle mal das Empyem mit Rippenresektion zu behandeln, drängt sich auch nach den beschriebenen Fällen gebieterisch auf. Gewiss ist ein Empyem auch durch Punktion und Aspirationdrainage zu heilen, aber es bleibt eine Anzahl von Fällen übrig, die nicht so geheilt werden; und anderseits ist die Resektion nach König ein harmloser Eingriff! Durch Punktion sind nur die Fälle zu heilen, welche sehr frühzeitig zur Behandlung kommen. K. hat 35 mal bei Empyem von Kindern die Rippenresektion nach König vorgenommen, ohne einen Todesfall infolge der Operation zu erleben. Jede Empyemfistel, welche Monate besteht, ist durch Thoraxresektion zu behandeln. Eine Entstellung bei Kindern durch die ausgedehnte Resektion findet nicht statt,

im Gegenteil: bei den spontan geheilten Fisteln, wie K. in einem Fall beobachtet hat, tritt Verkümmerung ein. Die Differenzen zwischen beiden Seiten bilden sich bei Kindern wieder zurück: die Lunge dehnt das Gewebe wieder aus.

---

40) **W. Holdheim.** Zur Kenntnis der cerebralen fibrinösen Pneumonie im Kindesalter.

(Aus dem städt. Krankenhause am Friedrichshain in Berlin.)

Deutsche medic. Wochenschrift 1896. No. 6.)

Aus der grossen Gruppe der Pneumonien im Kindesalter hebt sich eine durch ihren eigentümlichen Verlauf wohlcharakterisierte Erkrankung ab, die unter schweren Gehirnsymptomen beginnende und in den ersten Tagen das Bild einer Meningitis vortäuschende. Von ihr kamen innerhalb einer Woche 5 Fälle zur Beobachtung, von denen besonders der eine unser Interesse erweckt.

Bertha F., 4½ Jahre alt, aufgenommen am 1. November 1895, soll nach Angabe der Mutter stets gesund gewesen sein. Gestern erkrankte sie plötzlich mit Erbrechen, Fieber und Kopfschmerzen. Während der Nacht soll Pat. fortwährend Kaubewegungen gemacht, mit den Zähnen geknirscht haben und sehr unruhig gewesen sein.

Status: Pat. ist ein kräftig gebautes Mädchen. Die Haut ist sehr warm; der Blick der Pat. ins Leere gerichtet, das Gesicht ohne Ausdruck. Die Körpertemperatur beträgt 40,4°, Pulsfrequenz 124 Schläge in der Minute. Oedeme und Exantheme bestehen nicht. Sensorium der Pat. ist benommen. Die Reflexe sind erhalten. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Der Leib ist stark aufgetrieben, jede Berührung der Pat. ist schmerzhaft. Nackenstarre besteht nicht deutlich, auch Lähmungen sind nirgends nachweisbar.

An Herz und Lungen sind irgendwelche Veränderungen ebenfalls nicht nachweisbar.

3. November 1895. Die Temp schwankt zwischen 38,7° und 40°. Pat. ist stark benommen, lässt unter sich.

4. November 1895. Die Temp. ist heut bis 41° gestiegen. Pat. hat häufig nachts mit den Zähnen geknirscht und gellend aufgeschrieen, macht den Eindruck einer an Meningitis Erkrankten. Die Untersuchung der Lungen geschieht wiederum mit negativem Resultat.

5. November 1895. Sensorium ist andauernd stark benommen. Nackenstarre ist nicht nachweisbar. Pat. ist sehr empfindlich, schreit bei jeder Berührung laut auf. Temp. beträgt 39,7°, Pulsfrequenz 140 Schläge in der Minute.

Die physikalische Untersuchung der Lunge ergiebt bei der Nachmittagsvisite, während sie vormittags noch negativ war, plötzlich eine Dämpfung der rechten Seite vorn bis zum unteren Rand der 3. Rippe, hinten bis zum 4. Brustwirbel. Auskultatorisch ist über den gedämpften Partieen lautes bronchiales Atmen, jedoch kein Rasseln hörbar.

6. November 1895. Die Temp. ist kritisch abgefallen. Dieselbe beträgt mittags 36,8°. Sensorium der Pat. ist völlig klar, sie giebt vernünftige Antworten. Lungenbefund wie gestern.

10. November 1895. Pat. ist andauernd fieberfrei, fühlt sich viel wohler. Der Schall über der rechten Spitze noch immer abgeschwächt, bronchiales Atmen ist noch immer hörbar, jedoch kein Rasseln.

14. November 1895. Lungenbefund normal. Andauerndes Wohlbefinden.

22. November 1895. Pat. wird geheilt entlassen.

Also hier war in den ersten 6 Tagen die Differentialdiagnose absolut unmöglich, alles deutete auf eine cerebrale Affektion

hin, bis dann gleichzeitig mit dem Abfall des Fiebers die Lungensymptome in den Vordergrund traten.

Die übrigen 4 Fälle bieten ebenfalls die gemeinsame Erscheinung dar, dass sie alle mit mehr oder minder starken nervösen Störungen verbunden waren. Von Interesse ist ferner bei einem derselben die stets des Abends über 41° betragende Temperatur und die starke Benommenheit des Sensoriums.

Alle 5 Fälle ferner zeigen genau in Uebereinstimmung mit fast allen Autoren die Vorliebe der Erkrankung für die rechte Lungenseite. Die einzelnen Lappen aber waren ziemlich gleichmässig ergriffen, während Henoch das häufige Befallensein der Unterlappen hervorhebt. Dagegen fand sich die Behauptung von Thomas und auch Jürgensen bewahrheitet, dass gerade die Spitzenpneumonien es sind, welche am meisten zu schweren Hirnsymptomen Anlass geben.

Die Therapie bestand in reichlichen Dosen Sherry und in täglich 1—2 maligen Bädern von 35—36° C. mit kalten Uebergiessungen, welche stets ausgezeichnet wirkten.

---

41) **P. Bruns.** Ueber die Kirstein'sche direkte Laryngoskopie und ihre Verwendung bei endolaryngealen Operationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 8.)

B. hat Kirsteins Methode der „Autoscopie des Kehlkopfes“, durch die man dadurch direkt, ohne Spiegel, Einblick in den Kehlkopf und die Trachea gewinnt, dass man mit einem besonderen Instrument sich den gekrümmten Weg bis zu den betreffenden Organen gerade streckt, und zwar durch Vorwärtsdrücken des Zungengrundes mit einem Spatel, der zugleich den Kehldeckel hervorhebt, seit 2 Monaten benutzt, um bei Kindern, die sich ja sehr schwer oder gar nicht spiegeln lassen, endolaryngeale Eingriffe vorzunehmen. 2 Kinder litten an multiplen Papillomen des Kehlkopfes und der Luftröhre, welche schon wiederholt mittelst Kehlkopfspaltung entfernt und immer rasch recidiviert waren; beide trugen Tracheaklanülen. Das eine, ein 13 jähriges Mädchen, das sich früher gegen jeden Versuch der Spiegeluntersuchung aufs Ungeberdigste gesträubt hatte, wurde autoskopiert, wobei nach Entfernung der Kehlkopfpapillome das Vorhandensein eines fast kirschgrossen Papilloms in der Trachea constatiert wurde, das von der erweiterten Trachealfistel aus entfernt wurde. Bei dem andern Kinde, einem 7 jährigen Mädchen, bei dem wegen seiner Aengstlichkeit kaum ein flüchtiger Blick in den Kehlkopf mit dem Spiegel möglich war, wurde in Chloroformnarkose bei hängendem Kopf die Autoskopie angewandt, und es gelang sofort, einen grossen Teil der in der Kehlkopfhöhle befindlichen Papillommassen mit der Drahtschlinge zu entfernen. Es ist also in solchen Fällen von Kehlkopfpapillomen bei kleinen Kindern die Möglichkeit gegeben, die Tumoren ohne Kehlkopfspaltung zu entfernen, es kann

dann durch von Zeit zu Zeit wiederholte Recidivoperationen die Trachealkanüle entbehrlich gemacht werden, bis mit der Zeit die Neigung der Papillome zum Recidivieren mehr und mehr schwindet und definitive Heilung eintritt.

Bei den übrigen 3 Kindern von $1^1/_2$, 4 und 7 Jahren war nach Tracheotomie wegen Diphtherie Stenose zurückgeblieben, sodass dieselben schon lange eine Kanüle trugen. Bei allen führte die Laryngoskopie nicht zum Ziel. Die Autoskopie (bei den beiden älteren Pat. in Narkose, bei dem jüngsten ohne diese) zeigte bei den beiden jüngeren Kindern, dass die Trachea durch Granulome verengt war, bei dem älteren aber durch Narbenbildung. Operation durch die erweiterte Trachealfistel.

Diese Fälle zeigen, wie wertvoll die Kirstein'sche Methode für die Kinderpraxis ist.

---

42) **A. Kirstein.** Zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachens.

(Aus der III. medic. Klinik des Geh. Rat Senator.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 9.)

Die von Gottstein erfundene Idee, mit einer frontal stehenden, durch Einfügung in einen Rahmen ungefährlich gemachten Messerklinge den Nasenrachen zu bestreichen und die Vegetationen von ihrer Unterlage abzuhobeln, hat K. bei der Erfindung eines Instrumentes verwertet, welches Vorzüge vor dem Gottstein'schen Ringmesser aufweist. Es besteht aus einem langgestreckten, annährend rechtwinkligen Rahmen, welcher vorn über die Fläche aufgebogen ist, hinten auf einem Stiele sitzt; so ähnelt es einem Wundhaken, nur dass der vordere Querbalken des Rahmens an seiner inneren Kante scharf geschliffen ist, Operiert wird damit genau, wie mit dem Gottstein, nur ist mit letzterem das glatte Abhobeln der ganzen Rachenmandel in einem Zuge nicht immer so leicht, da der untere Ringteil dem frei herunterragenden Tumor gegenüber eine Barrière bildet, der Unterführung der Hobelschneide entgegenwirkt und somit einen schädlichen Bestandteil des Instrumentes darstellt.

Das K.'sche Instrument ist von Pfau, Berlin N.W., Dorotheenstr. 67, zu beziehen (Preis 6,50 M.) in 3 Grössen, deren mittlere für die meisten Fälle ausreichend sein dürfte.

---

43) **E. v. Navratil.** Zur Therapie der multiplen Larynxpapillome.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 10.)

N. hat 42 schwere Fälle behandelt und fasst die Ergebnisse bei denselben in folgendem zusammen:

„In der Mehrzahl hatte ich Fälle, wo die papillomatösen Excrescenzen die Stimm- und Taschenbänder in grosser Ausdehnung bedeckten; hie und da auch aus der vorderen, seltener aus der hinteren

Kehlkopfwand emporwucherten, manchmal sogar auf dem Epiglottisrande aufsassen; sie bedingten bedeutende oder vollständige Aphonie und mehr oder weniger Atemnot; dann hatte ich Fälle mit vorwiegender Stenose und schleunig zur Operation drängender hochgradiger Atemnot. Wo die letztere nicht bestand, habe ich anfangs mit der Störk'schen Guillotine, später mit dem scharfen Löffel, der je nach dem Sitze der Geschwulstmasse die geeignete Form und Biegung hatte, also mittelst Curettement operiert; jedoch nie in Narkose und vor der Cocainepoche ohne jedes Lokalanaestheticum. Die Kinder vertrugen die Operation ohne jede nennenswerte Reaktion sehr gut und in etlichen Sitzungen gelang es, alles, was man sehen konnte, vollständig zu entfernen, sodass das Laryngoskop nichts mehr von der Geschwulst entdecken liess, auch bekamen die kleinen Pat. im Alter von 4—8 Jahren die Stimme wieder, wenn sie eben auch nicht immer als klangvoll bezeichnet werden konnte. Trotzdem recidivierte über kurz oder lang bei allen Kindern die Geschwulst, und zwar um so rascher, je weicher die Papillome gewesen sind, und sogar nahmen bei manchen die Wucherungen so massenhaft zu, dass ich wegen hochgradiger Atemnot den Luftröhrenschnitt ausführen musste.

In früheren Jahren hatte ich öfters Gelegenheit, bei solchen mehrmaligen Recidiven den Kehlkopf nach vorausgegangener Tracheotomie zu spalten und die Gewächse samt der Schleimhautunterlage herauszuschneiden, wie ich dies in der Berl. klin. Wochenschr. „Beiträge zur Pathologie und Therapie der Larynxpapillome“ 1880 beschrieb. Doch blieben die Kinder auch da nicht von Recidiven verschont; diese Methode hatte nur den Effekt, dass das Wiederwachsen der Geschwulst mehrere Monate brauchte, während nach endolaryngealer Behandlung der Kehlkopf öfters schon nach Wochen wieder ausfüllt war.

Seither fühlte ich mich veranlasst, in folgender Weise vorzugehen: Ich habe die Kinder, zumal es wegen stenotischer Erscheinungen notwendig war, vorerst tracheotomiert und auf endolaryngealem Wege die Papillommassen so oft operiert resp. entfernt, bis endlich nach 1—4 Jahren sich die Recidivfähigkeit der Geschwulst quasi erschöpfte. Ich habe auch die früher schon thyreotomierten, nicht so, wie Hopman, abermals einer Spaltung des Kehlkopfs unterworfen, sondern nur curettiert, wobei mir oft auch die Trachealfistel bei Recidiven in der Trachea gut zu statten kam, nachdem ich öfters Wucherungen unter den Stimmbändern beobachtete, die vom Munde aus kaum operierbar, von der Trachealfistel aus aber rasch und gut entfernt werden konnten.

Vornehmlich hatte ich in den letzteren Jahren 3 solche Fälle, wo ich nach vorausgegangener Tracheotomie, die wegen Erstickungsgefahr notwendig wurde, in ähnlicher Weise consequent vom Munde und von der Trachealfistel aus curettiert und Heilung erzielt. Diese Kinder sind seit $2^1/_2$ Jahren von Recidiven frei und erlangten auch die Stimme. Narbige Verwachsungen oder andere Schaden sind bei keinem einzigen zurückgeblieben.“



44) **Czerny.** Ein Mastdarmkrebs bei einem 13 jähr. Knaben.

(Aus der chirurg. Klinik zu Heidelberg.)

(München. med. Wochenschrift 1896. No. 11.)

Im Rectum fand sich dicht unterhalb des Promontoriums eine zapfenförmige, innen ulcerierte Geschwulst, welche nach hinten etwas fixiert war. Ein kleines Stückchen, das mit dem Finger entfernt wurde, ergab eine atypische Wucherung von Cylinderzellenepithel. Wegen der Jugend des Pat. wurde zunächst die Diagnose auf papilläres Adenom gestellt, aber sofort eine radikale Operation beschlossen. Der Tumor hatte sich seit $^1/_2$ Jahr entwickelt. Operation am 20. Jan. 1896. Resectio recti in der Länge von 8 cm mit osteoplastischer Durchtrennung des 4. Sacralwirbels. Das carcinomatöse Geschwür umfasste 4 cm hoch das Mastdarmrohr, und die epitheliale Wucherung reichte durch die Muscularis bis auf die Serosa des Douglas'schen Raumes, welche in Pfenniggrösse scirrhös entartet war und entfernt wurde. Die circuläre Naht des Darmrohrs hielt wie gewöhnlich nicht vollkommen, sodass jetzt noch aus dem hinteren Schnitt ein Teil des Kotes herauskommt. Cz. pflegt deshalb in der Regel bei den Resektionen des Rectum nach hinten eine Oeffnung als Sicherheitsventil offen zu lassen, welche man später durch die Naht schliessen kann, falls der Pat. durch dieselbe geniert ist.

Cz. hat nicht nur den Eindruck, dass die Krebse häufiger werden, wie es namentlich in England statistisch erwiesen ist, sondern dass sie auch immer jugendlichere Lebensalter ergreifen.

---

45) **L. Schayer.** Ueber Struma congenita.

(Inaug.-Dissert., Berlin 1896.)

Pat., das 14. Kind kropffreier Eltern, zeigt $1^1/_2$ Stunden post partum hochgradigste Dyspnoë und Cyanose. Hühnereigrosse, derbe, vom Kinn bis unter das Brustbein reichende, mediane Geschwulst. Ausschälung der gut abgegrenzten Geschwulst ohne Narkose, wonach die Atmung sofort frei wird. Normale Heilung. Es handelte sich um einen kleincystischen Tumor, der ausgegangen war von der gesamten mittleren Schilddrüsenanlage, ihrem Isthmus sowohl, wie ihrem zum Teil persistent gebliebenen Ductus thyreoideus, in Verbindung mit Knorpelgewebe, das wahrscheinlich von Resten der Zungenbeinanlage sich entwickelt hatte, also um eine „Mischgeschwulst".

---

46) **v. Beck.** Ueber Punction der Gehirnseitenventrikel.

(Münchner medic. Wochenschrift 1896 No. 10.)

v. B. stellt im Naturhistorisch-medicinischen Verein Heidelberg (11. Febr. 1896) 3 Fälle von Gehirnaffectionen vor, die mit Vermehrung des Hirndruckes einhergingen, und bei denen erfolgreich die Ventrikelpunction ausgeführt worden war.

I. Fall. Exacerbierende chronische Otitis media, Meningitis serosa, acuter Hydrocephalus, dreimalige Punction des rechten Gehirnseitenventrikels. Heilung.



14jähriger Knabe, mit 7 Jahren Otitis media nach Rachendiphtherie, nach 3 Jahren Ausheilung derselben, 4 Jahre darauf plötzlich Schmerzen im rechten Ohr, Abnahme des Hörvermögens, Ausstrahlen der Schmerzen in die ganze rechte Kopfhälfte, Erbrechen, Benommenheit, kein Fieber. Nach 3 Tagen Verbringung in die chirurg. Klinik zu Heidelberg (26. Februar 1894). Deutlich ausgesprochene Nackenstarre, Hyperästhesie des ganzen Körpers, erhöhte Sehnenreflexe, starke Stauungspapillen, Puls 54 R. Ohr, Trommelfell getrübt, verdickt, nicht perforiert, sehr schmerzhaft. Diagnose: Otitische Meningitis, Verdacht auf Hirnabscess. Aufmeisselung des Proc. mastoid., derselbe stark sclerosiert, in den Cellulae und Cavum tympani trübes Serum; Freilegung des Sinus transversus und des Schläfenlappens, Sinus intakt, Gehirn nicht pulsierend, Probepunction des Schläfenlappens weist keinen Hirnabscess nach, Punction des Seitenventrikels entleert 26 ccm Liquor cerebrospinalis. Danach Freiwerden des Sensoriums, Ansteigen des Pulses auf 80, subjectives Wohlbefinden; Abnahme der Stauungspapille. 10. Tag wieder Kopfschmerzen und Schmerzen in allen Zähnen; 12. Tag Erbrechen, Unruhe, Puls 54, Benommensein, Erweiterung der Trepanationsöffnung, Punction des Stirn- und Hinterhauptslappens negativ, Punction des Seitenventrikels ergiebt 40 ccm. klaren Liquor cerebrospin. Sofortiges Verschwinden der Hirndrucksymptome. Am 22. Tag Wiederauftreten von Drucksymptomen, Facialisparese, Blutung im rechten und linken Augenhintergrund; 23. Tag Bewusstlosigkeit, Puls 44, III. Seitenventrikelpunction, Entleerung von 40 ccm Liquor cerebrospin. Danach Schwinden aller Gehirnsymptome, Rückgang der Stauungspapille, 32. Tag Aufstehen, 56. Tag kräftig und gesund nach Hause entlassen. Wiedervorstellung nach 2 Jahren, Pat. ist vollständig gesund geblieben und ist vollkommen arbeitsfähig als Landwirt.

II. Fall. 3 Wochen alte complizierte Fraktur des rechten Stirnbeines, Contusionsheerd des Gehirns, Stirnhirnabscess, Incision, eiterige Convexitätsmeningitis, acuter Hydrocephalus intern., Punction des rechten Gehirnventrikels; Heilung.

4jähriger Junge. Sturz aus dem 2. Stock eines Wohnhauses auf das Strassenpflaster, complicierte Stirnfractur ohne Lähmungen. 3 Wochen nach dem Unfall Einlieferung in die chirurg. Klinik wegen Meningitis (29. Juli 1894). Bewusstlosigkeit, Puls 120, Nackenstarre, Hyperalgesie, Exophthalmus, beiderseits Stauungspapille, keine Lähmungen, Temp. 39,5°. Rechte Stirngegend Splitterfractur mit Contusion des Stirnhirns, temporale Eitersenkung. Erweiterung und Freilegung der Fracturstelle, Entfernung der Splitter, Gehirn nicht pulsierend, Dura gerissen, eitrig. Auf Incision des Stirnhirns Eröffnung eines taubeneigrossen Marklagerabscesses, Drainage. Anfangs Rückgang des Fiebers, Besserung des Allgemeinzustandes, vom 7. Tage ab wieder hohes Fieber, Prolaps des Stirnhirns, 11. Tag diffuse Convulsionen, im Gehirnabscesslager keine Retention, 15. Tag Bewusstlosigkeit, starke Krämpfe, Abends Abducenslähmung rechts, links Parese des Facialis, Armes und Beines. Punction des rechten Seitenventrikels, Entleerung von 40 ccm trüben Liquor cerebro-spinal., danach rasche Rückkehr des Bewusstseins, Aufhören der Krämpfe, langsamer Abfall des Fiebers, im Laufe von Wochen Besserung der Arm- und Beinparese, Verschwinden der Stauungspapillen, nach weiteren 2 Monaten geheilt nach Hause entlassen. 1896 Wiedervorstellung, keinerlei Spuren von Abducensparese, keine Arm- und Beinschwäche mehr vorhanden, Allgemeinbefinden vorzüglich, Lernen noch etwas verlangsamt.

III. Fall. Tumor der hinteren Schädelgrube, wahrscheinlich des Kleinhirns, Hydrocephalus chron. durch Blutstauung bei Druck des Tumors auf die Vena Galeni. Osteoplastische Trepanation der linken hinteren Schädelgrube, dreimalige Punction des linken Seitenventrikels des Gehirns. Besserung.

13jähriges Mädchen, gesunde Familie, als Kind Masern und Scharlach. Mai 1893 plötzliches Zusammenstürzen beim Ballspiel, ohne Bewusstseinsstörung,

danach Kopfschmerz, einige Wochen darauf abermals Zusammenstürzen nach links, von da ab täglich Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Oktober 1894 bis April 1895 etwas Besserung. September 1895 Abnahme der Sehkraft links, Oktober 1895 Schwinden des Sehvermögens rechts, Unvermögen zu lesen. Anfang Oktober schwerer epileptischer Anfall mit mehrstündiger Bewusstlosigkeit, tonischer Krampf im rechten Arm. Danach hie und da Zuckung im rechten Bein. Ende Oktober Eintritt in die medic. Klinik. Nystagmus, Stauungspapillen links stärker als rechts, Gang taumelnd. Diagnose: Tumor der hinteren Schädelgrube, Kleinhirnsitz. Etwas Besserung auf Jodkali und Bromkali. Wegen Zunahme der Sehschwäche zur operativen Therapie nach der chirurg. Klinik verbracht (17. Dezember 1895). Osteoplastische Trepanation des Os occip. sin. Freilegung des Occipitalhirns und Kleinhirns, Gehirn stark vorgewölbt, nicht pulsierend, zur Entlastung Punction des Hinterhorn des linken Seitenventrikels, Entleerung von 40 ccm Liqu. cerebrosp. Darauf Erschlaffen der Dura und Eintritt von Pulsation. Palpation, Inspection und Punction ergeben keinen Tumor der linken Kleinhirnhemisphäre, Sitz wahrscheinlich im Wurm oder Vierhügelgegend. Zurückklappen des osteoplastischen Weichteilknochenlappens und Schluss des Schädels. Am oberen Rand des Knochenlappens in der Nähe der Gehirnpunctionsstelle Anlegung einer kleinen Knochenlücke zur Vornahme später notwendig werdender Punctionen. Fieberloser Verlauf, Schwinden der Kopfschmerzen und des Schwindels, langsame Besserung des Sehvermögens rechts. 20. Tag Aufstehen, 26. Tag leichte Kopfschmerzen, etwas Schwindel. 29. Tag 2 Stunden nach psychischer Aufregung Verschwinden des Sehvermögens, wirres Sprechen, Sinken des Pulses, Ansteigen der Körpertemperatur, leichte Convulsionen, dann Bewusstlosigkeit, Cheyne-Stockessches Atmen, sofortige II. Punction des Seitenventrikels durch die vorhandene occipitale Knochenlücke und Entleerung von 120 ccm Liqu. cerebrospin. Schon nach Aspiration von 20 ccm Aufwachen aus dem Coma, Verschwinden des Cheyne-Stokesschen Atmens, Steigerung des Pulses auf 80, freie Sprache; nach Beendigung der Entleerung der 120 ccm vollständige Orientierung, Gefühl der Erleichterung im Kopf, Sehvermögen aber kehrt erst 3 Stunden später wieder zurück. Die weiteren 4 Wochen Wohlbefinden, tägliches Aufstehen, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel, dann aber abends vor der Vorstellung des Pat. psychische Aufregung, schlaflose Nacht, gegen Morgen starkes Erbrechen, Ansteigen der Temp., Sinken des Pulses, unregelmäfsige Atmung. III. Punction des linken Seitenventrikels, Entleerung von 60 ccm Liq. cerebrospin. Schwinden der Beschwerden, Tags darauf Wohlbefinden.

v. B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei den lokalen, Hirndrucksymptome machenden Krankheitsherden des Gehirns ist, wenn möglich, eine Radikalbeseitigung des primären Leidens anzustreben, wie z. B. bei den Haematomen der Dura mater nach Zerreissung der Arter. mening. med. durch Ausräumung derselben, bei Gehirnabscessen durch Exstirpation.

2. Bei den Herdläsionen (Gehirnabscess und Gehirntumor), deren Sitz durch Mangel an Herdsymptomen unbekannt bleibt, oder deren diagnosticierte Lage unzugänglich ist, oder zur Entfernung ungeeignete Beschaffenheit zeigen und so zu chronischen Hydrocephalus intern. führen, sowie bei den diffusen Erkrankungen des Gehirns mit rascher und starker Exsudation von Liquor cerebrospinal. in die Gehirnventrikel, den Meningitiden, ist, da das primäre Leiden unantastbar bleibt, das pathologische Produkt, das die weiteren schweren Erscheinungen macht, der Hydrops der Ventrikel, in Angriff zu nehmen, zu beseitigen, und so das Gehirn zu entlasten.

3. Diese Entlastung des Gehirns geschieht durch Ablassen des pathologisch vermehrten und angesammelten Liquor cerebsospin. aus seinem Hauptansammlungsort durch die Punction der Seitenventrikel des Gehirns.

4. Die der Punction vorausgehende Trepanation ist in der Gegend des vermuteten Sitzes des primären Leidens auszuführen und zwar, wenn möglich, auf osteoplastischem Wege, um grösseren Einblick in den Schädelraum zu gewinnen und einen möglichst kleinen Knochendefekt zurükzulassen. An dem Knochenlappenrand wird in der Nähe der Gehirnpunctionsstelle eine kleine Lücke ausgebrochen zur event. Vornahme später wieder nötig werdender Gehirnpunctionen, durch die Kopfhaut hindurch.

5. Die Ventrikelpunction findet statt an einer centrenfreien, möglichst gefässarmen Stelle der Gehirnoberfläche, entweder vom Stirnhirn aus zwischen II. und III. Stirnwindung, 3 cm oberhalb des Supraorbitalrandes, 2 cm lateral von der Mittellinie, 3 cm direkt nach hinten in die Tiefe, oder von der Parietalgegend aus 3 cm vor der Centralfurche, 2,5 cm lateral von der Medianlinie nach abwärts und hinten in eine Tiefe von 4—5 cm; oder temporal quer durch den Schläfenlappen zwischen I. und II. Temporalfurche, 2,5 cm oberhalb der Basis des Proc. mastoid., Tiefe 3—4 cm; occipital 4 cm oberhalb der Protuberantia externa, 3 cm lateral von der Medianlinie, Tiefe 3 cm, Richtung direkt nach vorn. — Punctionshohlnadel von Strohhalmdicke mit 7—8 cm langem Ansatz, 10—20 ccm haltende Aspirationsspritze.

6. Die öfters bei Wiederauftreten der Hirndrucksymptome zu wiederholende Ventrikelpunction ist der Drainage der Ventrikel vorzuziehen, da diese letztere grössere Infektionsgefahr für das Gehirn in sich schliesst.

7. Die Gehirnventrikelpunction ist bei weitem der Quinke'schen Lumbalpunction des Rückenmarkduralsackes an Erfolg überlegen, da sie den Hauptansammlungsort des pathologisch vermehrten Liqu. cerebrospin. entleert und nicht wie die Lumpalpunction oft einseitig nur den Rückenmarkskanal entlastet, sobald durch Tumoren der hinteren Schädelgrube oder entzündliche Obliterationen die compensatorischen Abflussöffnungen des IV. Ventrikels nach dem Rückenmark zu verschlossen sind. Durch die alleinige Befreiung des Rückenmarkduralsackes von Liqu. cerebrospin, giebt es eine arterielle Fluxion, die sich auf das Gehirn weiter fortsetzt, dort bei der schon bestehenden serosen Stauung eine vermehrte Transsudation bewirkt und, beim Fehlen der compensatorischen Abflussvorrichtung des Liqu. cerebrospin., dessen Ventrikelhydrops steigert und rapid zu Insufficienz der lebenswichtigen Centren des Gehirns führen kann.

8. Durch die Ventrikelpunction werden die lebensbedrohenden Hirndruckwirkungen sofort beseitigt und können bei Hirntumoren durch wiederholte Punctionen in gewissen Zeiträumen bei Wiederauftreten von Hirndrucksymptomen die qualvollen subjektiven Beschwerden des Leidens wesentlich gimildert, die Lebensdauer des Kranken verlängert werden. Bei entzündlichem Hydrops des Ventrikels kann die Punction durch Schaffung normaler Circulationsverhältnisse zur Rüokbildung des Entzündungsprozesses und so zur Heilung des Kranken führen.



47) **Fr. Schilling.** Die Punction des Hydrocephalus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 1.)

Sch. hat 4 Fälle punctiert und davon 2 durch die Operation geheilt.

1. Mädchen, am 27. September 1891 normal geboren, entwickelte sich gut. Dezember 1891 überstand es Masern, Mitte Januar 1892 Influenza. Anfangs Februar 1892 Convulsionen, die das Kind nicht mehr verliessen, unter Fieber; unaufhörliches Schreien, sodass Pat. mit allmählich immer grösser werdenden Dosen Morphium nur halbwegs besänftigt werden konnte. Der Kopf wurde immer grösser (57 cm. Umfang), die Nähte immer breiter, Fontanelle prall gespannt, hervorgewölbt; leichter Strabismus converg., öfters Erbrechen. Ende April beginnender Sopor, Abnahme der Kräfte, Verweigerung der Nahrung. Am 1. Mai 1892 in Aethernarkose Punction und Aspiration des linken Seitenventrikels, Entleerung von 300 ccm Flüssigkeit. Das Kind bekam dabei heftigste Convulsionen, wurde cyanotisch und kalt, erholte sich aber von seinem Collaps rasch, der Strabismus verschwand, Erbrechen und Sopor cessierten, Nahrungsaufnahme. Nach 8 Tagen Entleerung des rechten Ventrikels von 270 gr Flüssigkeit. In dem wasserklaren Fluidum 1% Eiweiss nach Esbach, kein Zucker, keine Bacillen; nach längerem Stehen der Flüssigkeit zeigten sich am Boden des Gefässes ein paar Fibrinflocken. Letztere sprachen für Hydrocephalus infolge von Entzündung resp. Miliartuberkulose des Gehirns. In Frage konnte noch kommen Entzündung des Ventrikelependyms vielleicht nach Influenza oder Meningitis serosa (Quinke). Kopfumfang nach Entleerung der Ventrikel 45 cm. Kopfknochen weich. Deshalb längere Zeit Darreichung von Phosphorleberthran mit dem gewünschten Effekt. Kind bis heute (6. Juli 1895) gesund geblieben, ja ist geistig sehr rege, obgleich es, nach dem noch etwas vermehrten Kopfumfang (52 cm) zu schliessen, möglicherweise noch eine mäſsige Quantität Wasser im Kopfe birgt.

2. Kind, August 1892 mit über mannskopfgrossem Hydrocephalus geboren. Normale Geburt, Schädellage, Dammriss. Auf dringendste Bitte des Vaters 2malige Punction à 1200 ccm Wasser in der 6. resp. 10. Lebenswoche. Exitus unter Convulsionen in der 13. (Interessant hier, dass der enorm grosse — 75 cm Umfang — Kopf uneröffnet den Geburtskanal passierte, während nach Hohl unter 77 Hydrocephalien 63 Geburtshindernisse boten.)

3. Knabe, geb. am 23. November 1894, von gesunden Eltern. Am 30. November rituelle Beschneidung. Darnach Eiterung der Wunde, Fieber, Drüsenanschwellung in der Weiche. Flaschenernährung, dann Kindermehl. Infolge dieser unzweckmäſsigen Ernährung Meteorismus. Am 14. Januar 1895 Convulsionen ohne Fieber. Ordination: Stillamme. Am 15. Januar intensive, langdauernde, tonische und klonische Zuckungen am ganzen Körper, in Intervallen von ca. ½ Stunden auftretend. In den nächsten Tagen weiter Convulsionen. Status am 17. Januar: Kräftig gebautes, gut genährtes Kind mit stark meteoristisch aufgetriebenem Leib. Kopfknochen fest, grosse Fontanelle etwas gespannt, im Niveau der Haut, Kopfumfang 37 ½, gerader Durchmesser 17, grosser querer 11, kleiner querer 10 ½ cm. Jede Medikation gegen die Convulsionen ohne Effekt. Am 18. Januar Sopor, Nahrungsaufnahme verweigert. Punction der Seitenventrikel; die des linken trocken, aus dem rechten kamen 2—3 ccm schwach blutig gefärbten Fluidums, in welchem ein minimales Flöckchen weisser Gehirnsubstanz schwamm. Nach der Operation Kind wie umgewechselt: gieriges Trinken an der Brust. Am 19. Januar noch ganz schwache Convulsionen, aber seltener (4—5 stündlich), am 20. Januar 3 kleine Insulte, am 21. Januar ein minimaler Anfall, seitdem keiner mehr. Das Kind gedieh prächtig. Ende März bemerkten die Eltern Schielen. Augenärztliche Untersuchung ergab vertikalen Nystagmus und Strabismus convergens. Als Ursache wurde Albinismus gefunden; doch ist eine centrale Ursache infolge der vorhergegangenen cerebralen Erkrankung nicht völlig auszuschliessen. Ob hier eine schleichende Meningitis mit Hydrocephalie als Folge einer septischen Infektion nach Eiterung der Circumcisionswunde vorlag oder ob in folge der schweren Indigestion die Convulsionen ausgelöst wurden mit nachfolgender Gehirnhyperämie und Transsudation

in den rechten Ventrikel, lässt Sch. unentschieden, jedenfalls ist das 7 Wochen alte Kind durch den Eingriff gerettet worden.

4) 33 Wochen altes Mädchen teilte die Wohnung mit seiner Grossmutter, welche am 16. April 1895 an chron. Lungentuberkulose starb. Das Kind erkrankte 5 Wochen vor Pfingsten unter Fieber mit bronchitischen Erscheinungen; am Pfingstsamstag Convulsionen, Tags darauf Fortdauer derselben und Lähmung der linken Extremitäten, am 2. Feiertag Bewusstlosigkeit, Verweigerung der Brust, Strabismus converg., stertoröses Atmen, 38,7° Temperatur, Nackenstarre, grosse Fontanelle vorgewölbt, prall gespannt, RHO ausgebreitete Dämpfung, überall über den Lungen sibillierendes und kleinblasiges Rasseln, sehr verschärftes Vesikuläratmen. Diagnose: Hydroceph. intern., Meningitis basilar. tuberculos., Pneumonie, acute Miliartuberkulose der Lungen. Da erfahrungsgemäss der Hirndruck die schweren Cerebralerscheinungeu bei solchen Krankheiten hervorbringt, so muss der Hebel hier angesetzt werden und das den intracraniellen Druck erzeugende Wasser entfernt werden. Als letztes Mittel wandte daher Sch. die Punction an, und zwar diesmal die Lumbalpunction. Mittelst einer stärkeren Pravazschen Nadel kam tropfenweise das Fluidum hervor. Zur Beschleunigung des etwas langsamen Verfahrens, das allmählich versagte, Aspiration. Gegen Schluss der Operation grosse Fontanelle eingezogen, 5 Minuten nach dem Eingriff im Niveau der Haut. Da Sch. nun nicht sicher wusste, ob die Seitenventrikel ganz leer waren, entschloss er sich zur Punction derselben und fand den linken leer, im rechten 2 ccm Flüssigkeit. Im ganzen ohne das, was nebenhin sickerte, 65 ccm zu Tage gefördert; Flüssigkeit anfangs wasserklar, wurde beim Stehen leicht milchig, enthielt Eiweiss, aber keine Bacillen. Das Kind überstand den Eingriff gut; es trank wieder etwas, die Convulsionen hörten auf, die linksseitige Lähmung war verschwunden, doch war es sehr schwach und starb am 4. Tage post operat. unter Erscheinungen der fortschreitenden Lungenerkrankung. Dieser Fall lehrt neuerdings, dass, wie bekannt, der intracranielle Druck hauptsächlich die schweren Gehirnerscheinungen machte und dass speziell die Wasseransammlung in den Seitenventrikeln die halbseitige Lähmung involvierte, ferner dass durch die Lumbalpunction die Seitenventrikel fast ganz entleert werden können. Das Fehlen der Bacillen ist noch kein Beweis gegen Tuberkulose, denn nur in $^4/_5$ der Fälle wurden solche gefunden. Die Heilungsmöglichkeit der Miliartuberkulose des Gehirns beweist der Fall Freyhan. Auch unsere Kranke bot nach der spinalen Punction Nachlass der Cerebralerscheinungen, doch erlag sie natürlich ihrer schweren Lungenerkrankung. —

Die Lumbalpunction ist anerkanntermaſsen ein diagnostisches Mittel allerersten Ranges, besonders für die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser und Cerebrospinal-Meningitis, fast durchweg aber wird ihr jeder therapeutische Wert abgesprochen. Sch. glaubt, dass in manchen Fällen von acutem und chron. Hydrocephalus tuberkulöser oder entzündlicher Art durch das neue Verfahren Heilung erzielt werden wird. Immerhin ist man nicht nur berechtigt, sondern in einer Reihe ähnlicher Fälle sogar verpflichtet, operativ vorzugehen, solange noch nicht Coma vorhanden ist. Denn ohne Operation sterben wohl alle Kranke der genannten Art, mit Operation kann dazwischen einmal ein Leben erhalten werden. Die beiden Fälle Sch.'s wären sicher ohne Operation gestorben. Sch. empfiehlt also beim Hydrocephalus acut. und chron. bei Steigerung des intracraniellen Druckes die spinale Punction, event. verbunden mit Aspiration, als die ungefährlichere Methode. Sollte sich herausstellen, dass die Communication zwischen Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit nicht ganz frei ist, so sind die Ventrikel direkt zu punctieren; für gewöhnlich ist wohl auch diese Operation ungefährlich, wenn man auch stets mit der Nadel die Gehirnrinde durchstechen muss. Zur Nachbehandlung möchte Sch. nicht den an den Frontalhöckern Druckusur erzeugenden Heftpflasterverband als meist illusorisches Schädelcompressionsmittel empfehlen,

sondern die horizontale Umwickelung des Kopfes mit einer breiten Gummibinde, welche gut comprimiert und nicht einschneidet. Ferner rät Sch. zur Festigung der Knochen des Kopfes in den nicht selten mit Rhachitis complicierten Fällen zu Phosphorleberthran. Der eine der Fälle Sch.'s ist nun über drei Jahre (chron. Hydroceph.), der andere nahezu sechs Monate geheilt (acut. Hydroceph.)

---

48) **Dünges.** Zur Impftechnik.

(Der prakt. Arzt, 1896 No. 2.)

D. verlangt, dass jeder Impfarzt einen Topf mit kochendem Wasser über einer Spiritusflamme neben sich habe, in welchem er nach jeder Impfung die Lanzette einige Male hin- und herschwenkt. Das Instrument erleidet dadurch nach keiner Richtung hin Schaden; wenigstens war dies bei der Impfnadel nach Wolfenberg (von Eschbaum, Bonn), nach D. das praktischste Instrument, das D. über 100mal eintauchte und abtrocknete, nicht der Fall.

---

49) **Sacchi.** Du un caso di gigantismo infantile (Pedomacrosomia) con tumore del testiculo.

(Arch. di ortoped. 1896 No. 9. — Centralbl. f. Chir. 1896 No. 6.)

Bei einem vorher normalen Knaben trat vom 5. Jahre ab eine abnorme Beschleunigung der körperlichen Entwickelung auf, sodass er im 9. Jahre einem Erwachsenen glich. Er war u. a. muskulös, stark behaart, hatte Erectionen und sexuelle Neigungen. In derselben Zeit hatte sich der linke Hode stark vergrössert, während der rechte atrophisch geblieben war.

Nach linksseitiger Castration ging der abnorme juvenile Typus wieder zurück in einen infantilen, unter Ausfallen der Haare, Schlankerwerden der Gestalt, Verkleinerung des Penis, Aufhören der Erectionen, während der übriggebliebene Hoden rasch an Volum gewann. Im exstirpierten Hoden fand sich ein carcinomatöser Tumor, und S. glaubt, dass durch Entwickelung desselben der normale Einfluss des Hodens auf die körperliche Entwickelung zu besonderer Stärke angeregt wurde.

---

50) **A. Marmorek.** Behandlung des Scharlachs mit Antistreptococcenserum.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896. No. 7.)

Der Erreger des Scharlachs ist noch unbekannt. Unzweifelhaft aber ist auch bei dieser Krankheit die hohe Bedeutung des gleichzeitigen Auftretens von Streptococcen. Man findet sie stets im Rachen der Scharlachkranken und ihre constante Anwesenheit bei den häufigen, so gefürchteten Complikationen, wie Abscessen, Nephritis, Endocarditis, Pleuritis, Otitis u. s. w., zeigt die grossen Gefahren, welche eine derartige Mischinfektion in sich birgt. Der Scharlach-

virus selbst aber scheint bei Abwesenheit der Streptococcen ziemlich harmlos zu sein, sodass also die Antistreptococcentherapie fast eine specifische ist.

Es wurden bei 96 Kindern Injektionen gemacht mit einem Serum von 30,000 Einheiten Immunisierungswert. Bei allen wurden Streptococcen allein oder neben anderen Mikroorganismen nachgewiesen. 17mal fand sich auch der Löffler'sche Bacillus, und es starben davon 4 Kinder, die erst nach mehrtägiger Krankheitsdauer in Behandlung gekommen waren, trotz gleichzeitiger Injektion von Diphtherie- und Antistreptococcenserum.

Allen Kindern wurden gleich nach ihrem Eintritte 10 cm³, in schweren Fällen 20 cm³ Antistreptococcenserum injiziert. Im übrigen bestand die Behandlung nur in antiseptischer Reinigung des Rachens. Die Injektionen wurden bis zum Eintritt des Temperaturabfalls täglich wiederholt. Meist genügten 1—2 Einspritzungen. Trat eine Drüsenschwellung oder geringfügige Albuminurie auf, so wurde die Behandlung wieder aufgenommen und bis zur Beseitigung dieser Complikationen fortgesetzt. Da die Wirkung des Serums nur eine temporäre ist und Complikationen auch noch nach längerer Zeit auftreten können, darf die Aufmerksamkeit nicht zu bald erlahmen. Die Gasamtmenge des injicierten Serums betrug in der Regel 10—30 cm³, nur in schweren Fällen wurden 40—80 cm² eingespritzt; ein 4jähriges Kind mit Bronchopneumonie erhielt sogar 90 cm³.

Den markantesten Effekt hatten die Injektionen auf Drüsenschwellungen. Dieselben gingen bei allen 19 Kindern, ohne in Eiterungen überzugehen, zurück. In einem sehr schweren Falle kam es trotz Serums zu einer eitrigen Otitis, die aber bald vorüberging; bei 4 mit doppelseitiger Otitis aufgenommenen Kranken ging diese rasch zurück. Traten Spuren von Eiweiss im Harne auf, so genügten 1—2 Injektionen, um sie zum Verschwinden zu bringen. Die Injektionen bewirkten ferner rasches Abstossen des Rachenbelages, Aufhören der Delirien und Besserung des Allgemeinzustandes; durch Secundärinfektion mit Streptococcen bedingte Temperaturerhöhung wich, während die normale Fieberkurve der uncomplicierten Scarlatina keine Beeinflussung erfuhr.

Ueble Nebenwirkungen des Serums wurden nie beobachtet.

Besonders die günstige Beeinflussung der Drüsenschwellungen und Albuminurie, sowie die Verhütung schwerer Complikationen sprechen dafür, dass das Serum in der Therapie der Scarlatina gute Dienste leisten kann.

---

51) **A. Baginsky.** Anwendung des Marmorek'schen Antistreptococcenserums gegen Scharlach.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 23.)

B. machte in der Berliner med. Gesellschaft (11. März 1896) eine vorläufige Mitteilung darüber, in der er über 48 mit dem Serum behandelte Fälle berichtet. Da nicht viel Serum zur Verfügung stand, wurden jedesmal nur 10—20 cbcm injiziert. Die Fälle

lassen sich in 3 Kategorien einteilen. Die erste umfasst 27 Fälle, von denen keiner verloren wurde. Am Tage nach der Injektion ging die Temperatur intensiv herunter. Allerdings muss man beim Scharlach, der nichts Typisches und Sicheres an sich hat, mit der Beurteilung des Krankheitsverlaufes sehr vorsichtig sein; zwischen der Seruminjektion und dem Fiebernachlass besteht also kein sicherer causaler Zusammenhang. Schwere Complikationen wurden nicht beobachtet, die Angina ging in 3—5 Tagen zurück, auch die Drüsenschwellungen schwanden, mit Ichthyolsalbe behandelt, ziemlich rasch, was aber auch sonst vielfach geschieht. Nephritis kam nicht vor. Bei der 2. Kategorie, 15 Fälle umfassend, liess das Serum in einzelnen Fällen ganz im Stich; einige Fälle gingen trotz grosser Dosen rapid zu Ende, bei anderen traten Drüseneiterungen und andere Complikationen ein. Endlich wurde in 5 Fällen das Serum nur mit Rücksicht auf gewisse schon bestehende Complikationen (Nephritis, Drüsenschwellung) angewendet; der Verlauf war ein ganz guter.

Von 48 Fällen starben 7 = 14,5%; sonst ist die Mortalität 22—24%. — Es besteht kein Grund, sich gegen die Serumbehandlung zu wenden. B. hat nichts Böses zu sehen bekommen, nur dass die Injektion etwas schmerzte und 2 Abscesse vorkamen.

---

52) **Schumann.** Zur Therapie der wassersüchtigen postscarlatinösen Anschwellungen im Kindesalter.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 13.)

Zu dem Artikel von Schmey (s. unser Centralbl. No. I S. 15) bemerkt Sch., dass die Arzneidarreichung vollkommen überflüssig ist, da die Einwickelungen, richtig gemacht, durchaus genügen zur stärkeren Anregung der Hautthätigkeit. Bei zarten Kindern nehme man das Wasser sehr warm und lege ausserdem noch 4—5 mit heissem Wasser gefüllte und sicher verkorkte steinerne Bierflaschen, welche, um Dampf zu erzeugen, mit feuchtheissen Lappen umwickelt sind, zu beiden Seiten des Körpers, event. unter die Kniee und an die Füsse. Meist wirkt diese Methode nicht allein auf die Hautthätigkeit, sondern auch auf die Diurese günstig. Lassen sich solche Ganzpackungen einmal nicht ausführen oder bleiben sie erfolglos, so greife man zu heissen Bädern, die auch bei kleineren Kindern anzuwenden sind und die, allein oder combiniert mit jenen Einpackungen, von ganz vorzüglichem Nutzen gegen Hydrops sind. Die Temperatur solcher Bäder kann durch allmählichen Zusatz kochenden Wassers bis auf 42° gebracht werden, sobald nicht Congestionen nach dem Kopfe solche hohe Grade verbieten. Der Kranke bleibt, unter recht kalten Ueberschlägen auf den Kopf, 30—40 Minuten hindurch im Bade, worauf er dann, in wollene Decken gewickelt, den Schweiss noch 1—2 Stunden abzuwarten hat.

Das Wasser darf überhaupt als das mächtigste therapeutische Hilfsmittel bei Scharlach angesehen werden. Solange die hohen Temperaturen während des Eruptionsstadiums anhalten, ist Bädertherapie dringendst zu empfehlen; desgleichen fordern auch alle

mit Fieber verlaufenden Complikationen dringend die Anwendung kühlender Bäder und Einpackungen, wie die Nephritis mit ihren wassersüchtigen Anschwellungen heisse Bäder und Einwickelungen verlangt. In gleicher Weise kann die Desquamation durch tägliche Bäder von Körperwärme günstig beeinflusst werden. Jedenfalls sind bei Behandlung des Scharlachs und seiner Folgen Medikamente überflüssig und das Wsser das beste Heilmittel.

---

53) **Comby.** Schuppung nach Abdominaltyphus bei Kindern.

(Therap. Wochenschrift 1896. No. 9.)

C. kann die Angaben Weill's, dass in den meisten Fällen von Typhus der Kinder zur Zeit der Defervescenz eine lamellöse oder kleienförmige Abschuppung eintritt, vollständig bestätigen. In allen von ihm beobachteten 31 Fällen war, mit Ausnahme von 2 Todesfällen, die Schuppung stets wahrzunehmen. Dieselbe tritt zur Zeit des Fieberabfalls ein, ist zuweilen sehr gering und beschränkt und dann sehr leicht zu übersehen, in anderen Fällen aber sehr stark, wie beim Scharlach. Die Schuppung macht sich am Halse, an den Ober- und Unterschlüsselbeingruben, am Abdomen und Rücken geltend, nicht aber an den Extremitäten. Sie ist nicht etwa dem Typhus eigentümlich, man findet sie auch nach Angina, Pneumonie, Pleuritis, Influenza u. s. w. Häufig fällt diese Schuppung mit einer Steigerung der Diurese zusammen. C. beobachtete ferner, dass sie stets nach Eruption von Sudamina auftritt, welch letztere bei Typhusfällen, welche heilen, fast constant sind, zur Zeit der Entfieberung erscheinen und manchmal so gering sind, dass sie übersehen werden. Hier ist also die Ursache der Schuppung zu suchen, der also kein grösserer semiotischer Wert zukommt, als den vorausgegangenen Sudamina.

---

54) **v. Starck.** Zur Anwendung des Soxhlet-Milchkochers.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 6.)

v. St. sah in letzter Zeit wieder verschiedene Kinder am Ende des 1. und Anfang des 2. Jahres stehend, die unter günstigen Verhältnissen lebten, nie bisher eigentlich krank gewesen waren, aber doch alle blass waren, zum Teil Rhachitis hatten und in ihrer Entwickelung nicht recht fortgekommen waren. Alle waren mit einer $^3/_4$ Stunden im Soxhlet gekochten Milch ernährt worden, und hierin findet v. St. die Erklärung. Der Soxhlet-Apparat ist sehr gut, die Milch sollte aber darin nur 10 Minuten gekocht werden, und der Erfinder sollte seine Gebrauchsanweisung dahin abändern.

---

55) **Stooss.** Ueber Säuglingsernährung (Gärtner'sche Fettmilch).

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896. No. 4.)

St. hat, wie er im medic.-pharmac. Bezirksverein Bern (3. Dezember) mitteilte, seit einiger Zeit Versuche mit der Fettmilch

gemacht, die recht günstig ausfielen. Zwar bei ganz jungen gesunden Kindern, wo Escherich sehr günstige Resultate damit erzielte, hatte er sie zu erproben keine Gelegenheit, wohl aber bei älteren Säuglingen (3 und mehr Monate), die wegen äusserer Leiden im Spital waren, ohne sonst krank zu sein. Hier lauteten die Erfahrungen sehr günstig. Geradezu auffallend war die Erfahrung, wie wenig dieses Jahr, wo Fettmilch gereicht wurde, trotz unveränderter Spitalverhältnisse, Sommerdiarrhoëen sich zeigten! Acute, mit Diarrhoë verlaufende Verdauungsstörungen bezeichnet St. gleich Escherich als Contraindikation gegen Fettmilch, die aber in der Reconvalescenz, mit Haferschleim verdünnt, viel besser und rascher vertragen wird, als verdünnte Kuhmilch und hier sehr gute Dienste leistete, gleichwie auch bei chronischen Verdauungsstörungen. Sehr gute Resultate werden auch erzielt in denjenigen Fällen, wo von Geburt an schwächliche Kinder, ohne dass ein nachweisbarer Grund vorliegt und ohne dass eine erhebliche Verdauungsstörung besteht, nicht gedeihen wollen, sowie bei Kindern, welche bei Kuhmilch oder auch bei Ammenernährung an hartnäckiger Verstopfung leiden.

St. gab die Fettmilch ganz nach den Vorschriften Escherichs. Gesunde Kinder jeden Alters erhielten sie unverdünnt, und zwar Kinder bis zu

2	Wochen	500 cm³ = $^1/_2$	Liter	in 9 Mahlzeiten
3—4	„	750 cm³ = $^3/_4$	„	in 8 „
4—8	„	1000 cm³ = 1	„	in 8 „
3—4	Monaten	1250 cm³ = $1^1/_4$	Liter	in 8 Mahlzeiten
5—6	„	1500 cm³ = $1^1/_2$—2	„	in 7 „

Die Darreichung ist, da sie unverdünnt geschieht, sehr bequem; man braucht nur Milchzucker vor dem Genuss hinzuzufügen (3—4 gr auf 100 gr Milch), um eine Nahrung zu erhalten, die sich sehr der Muttermilch nähert.

---

56) **G. Bachus.** Ueber den Gebrauch des Tannigens gegen Durchfälle.

(Aus der medic. Poliklinik in Jena.)

(Münchener medic. Wochenschr. 1896. No. 11.)

Das Tannigen wurde bei 47 Kindern angewandt; die meisten von ihnen waren unter 1 Jahr und wurden mit der Flasche genährt, 41 hatten das 2. Lebensjahr noch nicht vollendet. Meist litten sie an Brechdurchfall mittleren Grades. Erst wurde die Diät in Ordnung gebracht, dann Tannigen gegeben (3 mal tägl. 0,25), in schweren Fällen vorher 3 Calomelpulver (à 0,008—0,01) verabfolgt. 35 Pat. waren nach 2—3 Tagen geheilt, 2 schieden ungebessert aus, 4 starben; von diesen kamen 2 erst im letzten Stadium zur Behandlung, bei den anderen wurde die Diät vernachlässigt. Also bei Brechdurchfällen ist Tannigen durchaus zu empfehlen.

Ein 11jähriges Mädchen mit chronischer Peritonitis und Durchfällen, 2 ältere Kinder mit Lungen- und Darmtuberkulose reagierten nicht auf das Mittel, woraus aber in Anbetracht des kleinen Materials noch nicht hervorgeht, dass Tannigen bei Tuberkulose nichts leistet.

---

57) **Escherich.** Die Verwendung des Tannigens bei Diarrhoëen der Kinder.

(Therap. Wochenschrift 1896. No. 10.)

E. hat das Tannigen in der Kinderpraxis bei zahlreichen Fällen versucht und ist mit dem Mittel ausserordentlich zufrieden. Besonders beim subacutem und beim chronischem Darmkatarrh hat er es mit viel Glück angewandt. Er hat hier bisher Chinin. tannic., Aqua Calcis, Tct. Ratanh., Lign. Campechian. ins Treffen geführt und ist mit diesen, ebenso wie mit den sonst so vorzüglichen Wismuthpräparaten bei solchen Fällen eigentlich nie in der Lage gewesen, eine prompte Wirkung zu erzielen, was auch verständlich ist, wenn man die enorme Flächenausdehnung der erkrankten Schleimhaut mit den minimalen Dosen der zur Verwendung gelangenden Medicamente vergleicht. Er gab daher auch meist den der Nahrung beigemengten Adstringentien den Vorzug, ebenso der Liebig'schen Suppe, der in gewissen Fällen eine direkt heilkräftige Wirkung zukommt. Eine so prompte und sichere Wirkung aber, wie er sie bei Anwendung des Tannigens gesehen, ist ihm bisher nie vorgekommen. Meist wird schon am 2. Tage nach Beginn der Medication der Schleim- und Wassergehalt der Stühle merklich geringer die kotigen Bestandteile überwiegen, und in günstigen Fällen wird schon in wenigen Tagen der Stuhl in normal geformtem, fast trockenem Zustande abgesetzt. Es muss alsdann die Verabreichung sistiert werden, da sich sonst direkt Obstipation anschliessen kann. Selbstverständlich ist dies nur da Regel, wo Tendenz zur Heilung vorliegt, aber auch bei ganz chronischen Fällen macht sich die Wirkung bald bemerkbar, wenn das Mittel längere Zeit in grossen Dosen neben dem diätetischen Heilapparat zur Anwendung gelangt, 0,25 pro dosi bei Kindern bis $1^1/_2$ Jahren, 0,5 bei älteren 4—6 mal täglich. E. lässt das Pulver der Nahrung beimischen. Auch nach Beseitigung des Katarrhs muss das Mittel noch einige Zeit weiter verabreicht werden, da sonst leicht Recidive eintreten. Nachteilige Folgen sah E. nie, nur macht er darauf aufmerksam, dass nicht selten der Stuhl stellenweise schwarz gefärbt erscheint.

Nicht so sicher wirkt das Tannigen bei acuten Darmkatarrhen mit dünnen, spritzenden Stühlen, wesshalb E. hier seine gewohnte Medication: Calomel- und Wismuthpräparate weiter führt. Sobald jedoch die acuten Reizerscheinungen vorüber sind und die Stühle den katarrhalischen Charakter annehmen, tritt das Tannigen wieder in sein Recht, und hat E. gerade nach Enteritis überraschend schnelle Besserung unter Tannigengebrauch eintreten sehen. Einfache Dyspepsie, sowie auf den Magen beschränkte Krankheiten

bilden eher die Contraindikation, dagegen reagieren die im Gefolge von Masern, sowie die bei Darmtuberkulose auftretenden Diarrhoëen gut, wenngleich nur vorübergehend, auf das Mittel.

---

58) **J. Bókai.** Rhachitis tarda.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 7.)

Die Affektion, welche dadurch charakterisiert ist, dass die Rhachitis erst im 6., 8. bis 10. Lebensjahre auftritt, ist sehr selten.

B. stellte nun im Kgl. Verein der Aerzte in Budapest (26. Oktober 1895) einen damit behafteten Patienten vor, den er schon seit dessen Geburt kennt. Pat. war bis 1884, also bis zu seinem 3. Jahre, vollkommen gesund. Im 1. Lebensjahre war die Entwickelung eine normale, auch die der Milchzähne ging ganz normal vor sich; die 2 oberen Schneidezähne erschienen im 4. Monate. Am Ende des 1. Jahres stellte sich Pat. auf die Füsse und fing sehr rasch zu gehen an. Im 3. Jahre traten Diarhoëen auf, die einige Wochen bestanden; dann war er gesund bis November 1895, wo er Masern bekam, von denen er sich schwer erholte. Bis 1888 dann gesund, litt er da wieder Monate lang an Enteritis und magerte sehr ab. Im Frühjahr 1889 erholte er sich etwas, im Sommer dieses Jahres aber stellten sich Knochenschmerzen ein, besonders in den Schenkeln; diagnosticierbar wurde die Rhachitis, als Pat. 8 Jahre alt war. Die rhachitischen Krümmungen zeigten sich besonders in den Schenkeln, dann an den Schlüsselbeinen, bald traten Epiphysenschwellungen und Rippenknorpelverdickungen auf. Seither verschlimmern sich die Symptome zusehends, die Verkrümmungen traten an sämtlichen Röhrenknochendiaphysen auf, und seit 1890 kann Pat. weder stehen, noch gehen, sitzen nur, wenn er sich stützt. Jetzt scheint der Prozess stillzustehen, Pat. hat keine Knochenschmerzen, kann sich auf die Füsse stellen und, an Gegenstände angeklammert, sich aufrecht erhalten. Er ist 80 cm lang und 13 kg schwer. Kopfbau und geistige Entwickelung sind normal. Die ersten Milchzähne sind im 9. Jahre ausgefallen, die übrigen später, und sie ersetzten sich sehr langsam. Die Dentes canini fielen vor 4 Jahren aus und sind noch nicht ersetzt. Die Backenzähne sind noch Milchzähne. Phosphortherapie erwies sich gegen das Leiden als ohnmächtig.

Aetiologie unbekannt. Die Affektion wurde schon manchmal nach Masern beobachtet.

---

59) **Winternitz.** Fall von Urticaria pigmentosa.

(Prager medic. Wochenschrift 1896. No. 1.)

Das 4 Monate alte Kind, das die Erscheinungen dieser Affektion in sehr prägnanter Weise darbietet, wurde im Verein deutscher Aerzte in Prag demonstriert (20. Dez. 1895). Here-

ditäre Beziehungen nicht zu eruieren. Das Kind, bis zu seiner 5. Lebenswoche bis auf geringe Darmstörungen gesund und vorzüglich sich entwickelnd, erkrankte da an einem kleinknotigen oder kleinfleckigem Exanthem, das aber keinesfalls quaddelartig war. Der Ausschlag schwand nach einer Woche, und nach etwa 3tägiger Pause entwickelte sich das Exanthem, das noch jetzt zu sehen ist, und zwar gleich in derselben Art und Ausdehnung. Das sehr gut gediehene und genährte Kind ist bis auf kleine Partieen des Gesichts, und zwar die medialen, fast im Ganzen mit dem Exanthem bedeckt. Bestimmte Anordnung desselben nicht zu constatieren. Efflorescenzen entschieden gross; die wenigsten und jüngsten sind überlinsengross, die meisten weit grösser und durch Confluenz auch zu Thaler- und Handtellergrösse gediehen. Am wenigsten, resp. die kleinsten Efflorescenzen zeigten sich bisher an Handtellern und Fusssohlen. Die Efflorescenzen präsentieren sich als über das Hautniveau erhaben, blass- und stärker rote Schwellungen, selten von runder Form (die kleineren), meist von oblonger Gestalt, vielfach auch zungen- und streifenförmig. Durch Zusammenfliessen sind überall am Stamm und an den Extremitäten gleichmässig rot gefärbte Flecken entstanden. Die Consistenz der letzteren ist stellenweise eine recht derbe, jedenfalls überall grösser, als die der normalen Haut. Neben diesen mehr hellrot gefärbten Efflorescenzen und Flächen fallen andere durch ihre bräunlichgelbe Tingierung auf; diese Stellen sind im allgemeinen derber, als die einfach geröteten Stellen und sind bisweilen im Durchmesser mehrere cm haltend. Hier und da bemerkt man auch noch anderes: auf der Höhe der geröteten Flecke und Flächen erheben sich weiss durchschimmernde, prall anzufühlende Erhabenheiten von Erbsengrösse und darüber; von ihnen finden sich alle Uebergänge bis zu kleinhaselnussgrossen, wasserhell gefüllten Blasen mit sehr dünner Blasendecke. Neben solchen Blasen sieht man reichliche oberflächliche Substanzverluste, entstanden durch Bersten von Blasen. Der Hinterkopf, sowie die angrenzende Partie des Scheitels entbehren etwa in Ausdehnung eines Handtellers der normalen Behaarung; die sehr dicht stehenden Haare erscheinen nahe über dem Austritt aus der Haut wie abgeschnitten. Hodensack durch reichliche Flüssigkeit in der Tunica bis zu Eigrösse ausgedehnt; Füllung jedoch recht wachsend. Bei Betrachtung des entblössten, sich fortwährend scheuernden Kindes fällt ein steter Wechsel in der Intensität der Rotfärbung an den verschiedenen Körperstellen auf: die Stellen, welche beim Scheuern gerade gedrückt worden sind, blassen ab, ohne dass dabei die Grenzen der Erhabenheiten und der Efflorescenzen schwinden, die geriebenen Stellen aber erscheinen lebhafter gerötet und stärker gedunsen. Auch erhält man bei Prüfung der Haut eclatante Urticaria factitia; bei der Entwickelung der letzteren fällt auf, dass, bevor die centrale Quaddelerhebung auftritt, resp. auf ihrer Höhe angelangt ist, ein leichtes Undulieren in der Füllung dieser centralen Partie sichtbar wird, was den Eindruck erweckt, als würde Flüssigkeit (Serum oder Lymphe), welche an diesen Stellen austritt, anfänglich zum Teil wieder fortgeschafft werden. Ueberblickt man

die klinischen Eigentümlichkeiten des demonstrierten Falles, das frühe Auftreten in den ersten Lebenswochen und die seitherige Fortdauer der Erscheinungen, die Eigenschaften der Efflorescenzen, die sich als gedunsene, bei Fingerdruck schwindende, roth- resp. bräunlichgelb gefärbte Erhabenheiten von relativ langer (nach Beobachtung tagelanger) Persistenz darstellen, endlich die ausgesprochene Urticaria factitia, so erscheint die Diagnose „Urticaria pigmentosa" die wahrscheinlichste. Zeitweiliges Auftreten von Fieber konnte W. 2 mal beobachten, hierbei waren gleichzeitig mässige Darmstörungen, d. h. reichlichere, dünne Entleerungen vorhanden; das Exanthem trat gerade in diesen Zeiten viel stärker in die Erscheinung. Die Entwickelung von Blasen trat in unserem Falle sehr schön zu Tage; im Laufe eines halben Tages hatten dieselben eine beträchtliche Grösse erreicht. Die verschiedenen Uebergänge von den einfachen, den centralen Quaddelpartieen gleichenden Efflorescenzen zu diesen Blasen, lehrten überzeugend, dass erstens graduelle Unterschiede, weiters verschiedene Lokalisation des Serumaustrittes für das verschiedene Aussehen der Hautefflorescenzen entscheidend sind. Bei tiefem, subpapillärem Sitz der Exsudation, die überdies flächenhafte Ausdehuung hat, entwickeln sich die breiten, ausgedehnten Schwellungen; bei oberflächlichem, papillärem und umschriebenem Austritt muss dagegen die aus den Gefässen austretende Lymphe die Epidermis in toto (anämische Quaddel) oder, nachdem sie die unteren Reteschichten durchsickert hat, die obersten Epidermislagen allein abheben (Blase). Die Urticaria factitia war bei allen Fällen bisher vorhanden; mit der graduellen Abschwächung der Erkrankung verringert auch sie sich, resp. beschränkt sich auf die vereinzelten pigmentierten Stellen. Mit Rücksicht auf die vorhandene excessiv gesteigerte Reizbarkeit der Haut, resp. ihrer Gefässe, und die zu vermutende Veränderung der Gefässwände, welche bei der Exsudation von Lymphe vor allem in Frage kommt, werden die thermischen und mechanischen Reize, welche das Hautorgau treffen, zu einem stetigen Auftreten von Urticaria Veranlassung geben, wie dies die Beobachtung unseres Falles lehrt. Nachdem solche Reize eigentlich immerwährend wirken, so ist, jene Veränderung der Gefässwand vorausgesetzt, die Fortdauer der Hauterscheinungen, also die Urticaria perstans, hinreichend erklärt. Hierzu könnten innere Reize chronischer Natur, z. B. abnorme Stoffwechselprodukte der Darmverdauung, welchen eine lymphagoge Wirkung zukommt, in zweiter Linie unterstützend, hinzutreten. Die Steigerung der Erscheinungen in unserem Falle während der Darmstörung spricht in diesem Sinne.

---

60) **Moscato.** Partielle chronische Melanodermie infolge von Malaria.

(Il Morgagni 1895. No. 11. — Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. Bd. XXII No. 6.)

Die chokoladenfarbige Pigmentation war bei dem 4jährigen, an chronischer Malaria leidenden Kinde verbreitet über die unteren

Extremitäten mit Einschluss der Glutealgegend, des Scrotums und Penis, ferner an den Vorderarmen. An der inneren und vorderen Fläche der Oberschenkel war die Verfärbung netzförmig, an den übrigen Stellen in mehr oder weniger breiten Flächen verteilt. Histologisch lagerte das Pigment in den Gefässscheiden und dem Rete.

---

61) **Gibbons.** Nierenkolik im Kindesalter.

(Therap. Wochenschrift 1896. No. 4.)

In der Royal medical und chir. Society (14. Januar 1896) bespricht G. die Affektion, die er bei Kindern von 9—23 Monaten beobachtet hat. Ueberall ausgesprochene hereditäre Belastung nachweisbar. Zur Steinbildung war es in keinem Falle gekommen, doch zeigte der Harn einen Ueberschuss von freier Harnsäure und beträchtliches Uratsediment. In Hinblick auf ihre gichtische Natur kommt das Leiden meist bei Kindern der wohlhabenderen Bevölkerung vor. Sehr oft Verwechselung mit Darmkolik; für die Differentialdiagnose wichtig, dass bei Nierenkolik alle Symptome plötzlich einsetzen, dass Allgemeinbefinden und Beschaffenheit des Harns vor dem Ausbruch des Anfalls normal sind, dass ferner die typischen Symptome der Nierenkolik vorhanden sind und stets hereditäre Belastung mit Gicht vorliegt.

Hutschinson zweifelt, ob in allen Fällen die Differentialdiagnose überhaupt zu stellen möglich ist. Morgane und Guthrie haben Nierenkolik auch bei ärmeren Kindern gesehen. — Harby empfiehlt therapeutisch Combination von Hyoscyamus und Opium.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

5) **Citronensäure gegen Diphtherie** ist schon wiederholt warm empfohlen worden. Auch Dr. W. Steckel (Wien) gab das Mittel bei Anginen, bei echter Diphtherie und Scharlachdiphtherie mit besten Erfolg. Er verordnet gewöhnlich:

Rcp.: Acid. citric 10,0
Aq. font. 100,0
Saccharin 0,4
M. D. S. 1 Esslöffel auf 1 Glas Wasser.

Von dieser Mischung lässt St. je nach der Schwere des Falles alle 5—10—15 Minuten gurgeln und trinken, daneben kalte Limonade trinken. Bei Kindern unter 1 Jahr giebt er:

Rcp.: Acid. citric. 1,0
Aq. dest. 70,0
Syr. citr. 30,0
M. D. S. $^1/_2$ stündl. 1 Kaffeelöffel.

Jedesmal lässt er die Arznei erst in Eis kühlen. Stets combiniert er diese Behandlung mit einer hydriatischen: anfangs Eiskravatte, dann erregende Umschläge: Stammumschläge, Halbbäder, Einpackungen. Diese sind auch noch wochenlang nach Ablauf der Krankheit fortzusetzen, da sie den besten Schutz gegen Nachkrankheiten bilden. St. hat zahlreiche Fälle von Angina, Diphtherie, Scalatina u. s. w. noch wochenlang hydriatisch weiter behandelt und in keinem Fall eine Nachkrankheit zu verzeichnen gehabt. Die Therapie erhöht den Stoffwechsel bedeutend, und so

werden die pathogenen Keime und ihre Toxine rasch fortgeschafft, ehe sie Schaden anrichten können. (Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 3.)

6) **Natr. sozojodolicium bei Diphtherie** empfiehlt Dr. S. Schwarz (Constantinopel) auf Grund mehrjähriger Erfahrungen, welche ergaben, dass bei frühzeitiger Behandlung damit 2—3% Mortalität erzielt wird. Das Mittel wird 4stündlich mittelst einer langen, darauf zu verbrennenden Papierröhre insuffliert, Kindern über 4 Jahren pur, mit etwas Saccharin verrieben; bei Kindern von 2—4 Jahren verordnet er:

Rcp.: Natr. sozojodolic.
Flor sulfur. aa 4,0
Saccharin 1,0

Bei Kindern unter 2 Jahren lautet die Verordnung:

Rcp.: Natr. sozojodolic. 3,0
Flor. sulfur. 6,0
Saccharin 1,0.

Ausserdem stündlich intern 1 Esslöffel einer Kal. chloric.-Lösung (1,0—1,5 : 180,0) und in längeren Pausen esslöffelweise ein Chinadecoct mit Cognac oder Malaga, sehr oft Bouillon mit Ei, Milch mit und ohne Cognac. Gleich am Anfang ferner, um postdiphtheritischen Lähmungen vorzubeugen, 2—3mal täglich Extract. nuc. vomic. Gesunden Kindern werden prophylactisch mehrmals täglich die Insufflationen mit Erfolg gemacht.
(Sep. Abdruck aus der Wiener klin. Wochenschr. 1895 No. 43.)

7) **Ein interessanter Fall von Nierensteinen** ist es, von dem Prof. Israel in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (13. Januar 1896) Mitteilung machte. Er betrifft einen 11jährigen Knaben, welcher im 3. Jahre Masern gehabt hat, an welche sich unmittelbar ein Unterleibstyphus angeschlossen haben soll. Seit dieser Zeit war der Urin andauernd blutig und übelriechend. Im 6. Lebensjahre ging dem Knaben zum erstenmale mit Schmerzen in der linken Seite ein Stein ab. Israel legte die linke Niere frei und spaltete sie bei gleichzeitiger Compression des Nierenstiels in seiner grössten Ausdehnung vom convexen Rande her durch den Sectionsschnitt. Es wurden sodann viele grosse und eine beträchtliche Anzahl kleiner Phosphatsteine aus dem Nierenbecken und den Kelchen entfernt. Um jedoch einer Wiederbildung von Steinen vorzubeugen, wurde die Niere einer medicamentösen Behandlung unterworfen, welche in dieser Weise zum erstenmale ausgeführt worden ist und von bestem Erfolge begleitet war. Es wurden nämlich die beiden Hälften der aufgeklappten Niere an die entsprechenden Wundränder der Bauchdecken angenäht und nunmehr wurden das Nierenbecken und die Kelche lange Zeit mit Argent. und Borsäure behandelt, wobei allmählich der alkalische Harn wieder saure Beschaffenheit annahm. Pat. wird als vollkommen geheilt demonstriert.
(Deutsche Aerzte-Ztg. 1896 No. 4.)

8) **Ein Fall von Nierensarcom** ist von Prof. Israel mit glänzendem Erfolge operiert worden bei einem 4jährigen Mädchen. Dasselbe ist heut 8 Jahre und teilt nur noch mit einem einzigen Kinde überhaupt den Vorzug, recidivfrei geblieben zu sein. (Deutsche Aerzte-Ztg. 1896 No. 4.)

9) **Ansteckung mit Tuberkulose** kann, worauf Dr. E. Braatz (Königsberg O. P.) aufmerksam macht, leicht durch das Spielen mit Papageien erfolgen, das ja bei Kindern so beliebt ist. Papageien leiden sehr oft an Tuberkulose!
(Deutsche medic. Wochenschr. 1896 No. 8.)

10) **Fälle von Vulvovaginitis bei Kindern, die unter peritonitischen Erscheinungen zu Grunde gingen,** existieren 2 in der Litteratur. Nun theilt auch A. Baginsky einen im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus beobachteten Fall in der Berliner medic. Gesellschaft (11. März 1896) mit: Das 11jährige Mädchen bekam bedrohliche Erscheinungen einer schweren diffusen Peritonitis. In der linken Unterbauchgegend war ein Tumor fühlbar, und man dachte an eine Eiteransammlung, um so mehr, als man vom Rectum her eine fluctuierende Stelle fühlte. Der Chirurg des Krankenhauses sprach sich gegen eine Operation aus; es wurde nur mit einer dünnen Nadel vom Rectum her in den Tumor eingestochen: Die Punction ergab keinen Eiter. Das Kind ging im

Collaps zu Grunde. Im Vaginalsekret hatten sich Gonococcen und Staphylococcen gefunden: also Mischinfection. Bei der Section fand man diffuse Peritonitis, Eiter im Douglas, eitrige Salpingitis und kleinere Eiteransammlungen in den Ovarien.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 23.)

11) **Trional in der Kinderpraxis** ist nach Dr. J. Ruhemann (Berlin) recht empfehlenswert, doch wurden bisher viel zu grosse Dosen empfohlen, so z. B. von A. Claus für Kinder

von 1 Monat bis 1 Jahr	0,2—0,4 gr
„ 1 - 2 Jahren	0,4—0,8 gr
„ 2 - 6 „	0,8—1,2 gr
„ 6—10 „	1,2—1,5 gr.

Diese Dosen sind etwa um die Hälfte zu reduzieren, also 10jährige Kinder erhalten 0,75—0,8 als Dosis maxima. Auch in solchen Dosen ist Trional prompt wirksam. Bei mehreren Fällen von Gehirnerschütterung bei 7—10jährigen Mädchen z. B. zeigten abendliche Gaben von 0,5 sehr günstigen Einfluss auf den durch schreckhafte Bilder, Aufschreien, Jactation ungemein gestörten Schlaf. Bei heftiger Chorea bekämpfte das Mittel nicht nur die Insomnie, sondern wirkte auch mildernd auf die Zuckungen selbst. Ein 9jähriges Mädchen, welches bereits 1 Jahr vorher 4 Monate lang heftige Chorea gehabt, bekam wieder solche, wobei auch während der Nachtruhe Zuckungen vorhanden waren, die Zähne knirschten, die Backenschleimhaut wiederholt zerbissen wurde; nach 0,5 Trional liessen diese Erscheinungen nach, es trat ruhiger Schlaf ein, und auch die am Tage auftretenden Zuckungen erschienen bedeutend gemildert. Nach diesen und ähnlichen Erfahrungen hält es Autor für der Mühe wert, kleine, mehrfach am Tage gegebene Dosen zur Behandlung der Chorea ins Feld zu führen. (Der ärztliche Praktiker 1896 No. 4.)

12) **Verdeckung des Chiningeschmacks** wird nach Dr. Schneider (Troisdorf) vorzüglich erreicht, wenn man ein wenig von dem Fleische eines ausgereiften, etwas säuerlichen Apfels abschaben und in einen Löffel bringen lässt, darüber das Chininpulver streut und über dasselbe wieder geschabten Apfel legt, sodass das Chinin vollständig verdeckt wird.

(Zeitschrift für prakt. Aerzte 1896 No. 5.)

13) **Eine neue Einrichtung („Stirnrahmen") zu dem Zwecke, die Augen in bestimmter Entfernung von der Schrift zu halten,** hat Dr. F. Staffel ersonnen. Der Stirnrahmen, welcher sich durch Einfachheit, Solidität und Billigkeit (Mk. 10 im medic. Warenhaus) auszeichnet, lässt sich an jedem Pult, Tisch, Zeichenbrett u. s. w. rasch an- und abschrauben und gestattet, den Kopf resp. die Augen in einer genau abzumessenden Entfernung von der Schrift zu halten. Wie wichtig dies vom schulhygienischen Standpunkt (z. B. zur Kurzsichtigkeit geneigte Kinder!) ist, bedarf wohl keines Wortes.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1896 No. 6.)

14) **Verringerung der Impfschnitte.** Das Sächsische Ministerium des Innern ermächtigt in einer Verordnung vom 17. Februar 1896 in Verfolg einer bezüglichen Anregung des Herrn Reichskanzlers die Impfärzte, in Abweichung von der Bestimmung des § 12 Absatz 2 der Neuen Instruktion für die Impfärzte vom 10. Mai 1886 für die Zukunft bei Erstimpflingen mit mindestens 4 seichten Schnitten von höchstens 1 cm Länge nur am rechten Arme, bei Wiederimpfungen aber mit ebensoviel dergleichen Schnitten nur auf dem linken Arme sich zu begnügen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1896 No. 6.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

6) **Nil Filatow.** Vorlesungen über acute Infektionskrankheiten im Kindesalter.

Wien und Leipzig, Joseph Sáfar.

Von dem ins deutsche von L. Polonsky übertragenen, auf 10 Lieferungen (à Mk. 1) berechneten Werke liegen uns die ersten 4 Lieferungen vor. Dieselben lassen bereits zur Genüge erkennen, dass wir in dem Buche eine wertvolle Bereicherung unserer pädiatrischen Litteratur zu begrüssen haben. Knapp, aber sehr erschöpfend schildert der Verfasser das klinische Bild der Infektionskrankheiten, besonders das differentialdiagnostische Moment berücksichtigend. Auch auf die Therapie legt er Gewicht und ist bestrebt, dem Praktiker nach allen Seiten hin dieselbe zu beleuchten und in zweckentsprechender Weise klarzulegen. Als Einleitung bringt das Werk ein sehr interessantes und lehrreiches Kapitel: „Diagnostik des Initialstadiums bei fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter“, das in 2 Abschnitte zerfällt: „Untersuchung der fieberhaften Erkrankungen im Allgemeinen“ und „Ueber die Fehlerquellen bei der Diagnose fieberhafter Krankheiten“. Darauf wird die epidemische Grippe, der Bauchtyphus, der Flecktyphus, das Rückfallsfieber besprochen und das Kapitel „Diphtherie“ begonnen. Wir sehen den weiteren Lieferungen mit Interesse entgegen.

7) **Von Sudthausen.** Sprachführer für die ärztliche und pharmaceutische Praxis.

Leipzig, Eduard Besold.

Die 2 kleinen elegant gebundenen Bändchen, die vor uns liegen (Preis: à Mk. 2,40) und einen deutsch-englischen, resp. englisch-deutschen Sprachführer für Mediciner und Apotheker darstellen, enthalten eine Fülle von Fleiss und Accuratesse in sich. Dem Verfasser ist es sehr gut gelungen, dem mit internationalem Publikum verkehrenden, resp. fremdländische Litteratur studierenden Arzte ein Wörterbuch in die Hand zu geben, das für alle vorkommenden Fälle genügt. Selbst englisch sprechende Collegen beherrschen die Fachausdrücke sehr unvollkommen, die üblichen Wörterbücher lassen nach dieser Richtung hin ebenfalls meist im Stich, daher wird die mühevolle Arbeit des Autors wohl dankbare Leser genug finden.

8) **John Haclesy** und **Dr. R. Sigismund.** Englisch für Mediciner.
Dr. E. Olivier und **Dr. R. Sigismund.** Französisch für Mediciner.

Leipzig, Paul Spindler.

Die beiden, ebenfalls jüngst erschienenen Sprachführer zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie ausser einem Wörterbuche der betreffenden Sprachen den einschlägigen Wort- und Phrasenschatz in einer angewandten Form mitteilen. Wir finden unter den häufigsten Krankheiten Gespräche zwischen Patient und Arzt, die zwar zunächst etwas naiv klingen, da oft letzterer ganz wissenschaftliche Auseinandersetzungen macht und ersterer manchmal ziemlich simpel erscheinende Fragen stellt, die aber bei genauerer Durchsicht doch zeigen, dass es den Autoren vor allem darum zu thun ist, an den Mustern, welche gebracht werden, zu demonstrieren, wie die Sprache in der Conversation zu handhaben ist. Und das erreichen die Autoren auch in der That, sodass die Brauchbarkeit der beiden kleinen Bücher in evidenter Weise dem Leser klar wird, wenn er sich mehr in den Inhalt des Buches vertieft. Wir sind überzeugt, dass die Bücher viele Freunde in ärztlichen Kreisen finden werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Ramm & Seemann in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. 1. Juni 1896. No. 3.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten.

3) Zur Therapie der Dentitio difficilis.

Von

Dr. H. Naegeli-Akerblom,

Rüthi (St. Gallen).

Kann die Dentition bei Kindern Fieber, Convulsionen, Erbrechen, Diarrhoë etc. erzeugen? Diese Frage ist trotz der dafür und dawider sich aussprechenden Autoritäten noch lange nicht entschieden. Dass jedoch die Dentition die Kinder aufregt, sie zu stundenlangem Schreien und Unruhe veranlasst, das wird wohl kein Arzt leugnen,

der selbst Kinder hat. Aus eigner Erfahrung möchte ich nun Collegen den Gebrauch der Tinctura Gelsemii empfehlen, die ich immer mit Erfolg anwende. Die Tinctur wird nach der Pharmacopoea helvetica III folgendermassen hergestellt.

Gelsemiumwurzel zehn Teile (10), verdünnter Weingeist drei Teile (3) werden gleichmässig gemischt, in einen Percolator gebracht mit verdünntem Weingeist erschöpft. Das Gewicht des Percolates betrage hundert Teile (100).

Von dieser Tinctur verwende ich unter 1 Jahr bis 4 Tropfen, über 1 Jahr bis 2 Jahr 6—8 Tropfen pro die, sei es in Mixtur, sei es (bei vernünftigen Eltern) direkt als Tropfen in Milch verabreicht. Gewöhnlich beruhigen sich die Kinder schon nach Verabreichung von 2—3 Tropfen, ohne dass weitere Störungen auftreten. Auch bei Diarrhoë, Erbrechen, Bronchitis, Fieber, die mit oder neben der Dentition auftreten, wirkt Tct. Gelsemii nach meinen Erfahrungen ausgezeichnet, namentlich wenn einfach in Milch verabreicht.

---

4) Ueber die Behandlung der Tuberkulose im jugendlichen Alter.

Von
Dr. Fedor Schmey,
Beuthen O./S.

Im Februar 1895 habe ich in den therapeutischen Monatsheften einen Aufsatz: „Zur Behandlung der Tuberkulose“ veröffentlicht, in dem ich die ausserordentlich günstige Wirkung hervorhob, welche ich schon seit vielen Jahren bei der Behandlung der Tuberkulose durch interne Darreichung von Perubalsam erzielt. Heute möchte ich auf einen von mir damals nicht näher berührten Punkt genauer eingehen, nämlich auf die Behandlung der Tuberkulose im jugendlichen Alter. Dieser Punkt ist von der allergrössten Bedeutung, hat doch Dr. Kossel, der Vorstand der Kinderabteilung des Berliner Instituts für Infektionskrankheiten, jüngst im ersten Heft des einundzwanzigsten Bandes der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten mit Hilfe von systematischen Tuberkulininjektionen den betrübenden Nachweis geliefert, dass unter den Kindern von 1—10 Jahren, welche vorwiegend wegen Diphtherie im Koch'schen Institut zur Behandlung kamen, 40 Procent latent tuberkulös waren und dass bei 26 Procent derselben die Tuberkulose ihren Sitz in Bronchial- und Mesenterialdrüsen hatten.

Ich möchte nun meine Behandlung mit Perubalsam auch bei der Behandlung der Tuberkulose im jugendlichen Alter auf das Wärmste empfehlen und zwar etwa in folgender Form:

Rcp.: Balsami peruviani 5,0
Ol. jecoris aselli 10,0
Gummi arabici 5,0
„ Fiat cum
Aq. destill. q. s. emulsio 80,0
Sir. cort. aur. 20,0

In diese Mixtur gebe man soviel Gramm Perubalsam, als das Kind Jahre zählt und verabreiche von ihr alle zwei Stunden einen Kaffeelöffel mit der Massgabe jedoch, dass der kleine Patient vor dem Einnehmen eines jeden Kaffeelöffels Medicin eine Kleinigkeit, etwa ein Glas Milch, ein Ei, ein Würstchen zu sich nehmen soll.

Bei Kindern unter einem Jahre habe ich den Perubalsam in folgender Form angewandt:

Balsami peruviani
Spir. vini aa 5,0
4mal täglich je nach dem Alter 1—10 Tropfen.

Die Tropfen werden in Wasser oder Milch ebenfalls nach der Mahlzeit verabreicht. Im allgemeinen habe ich den Eindruck, als ob der Perubalsam in der Behandlung der Kindertuberkulose noch rascher und besser wirkt als bei Erwachsenen.

---

5) Zur Casuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen.

Von

Dr. A. Steiner,

Karlsruhe i. B.

Dem in No. 1 dieser Zeitschrift referierten Fall von „akuter Staphylococcenallgemeininfektion nach Varicellen“ (Brunner, Deutsche Medicinalzeitung 1896, No. 1) bin ich in der Lage, einen gleichartigen an die Seite zu stellen.

Das Kind Kathrine R., $^3/_4$ Jahre alt, früher gesund, erkrankte am 6. Januar 1896 an Varicellen, die, wie gewöhnlich, so günstig verliefen, dass die Eltern nicht für nötig hielten, einen Arzt zu Rat zu ziehen. Am 12. Januar 1896 bekam das Kind von neuem Fieber, weshalb ich gerufen wurde. Ich fand es ziemlich kräftig entwickelt, mässig fiebernd, die Varicellen meistens in der Rückbildung, nur auf dem Rücken noch einige frischere, teilweise mit eitrigem Inhalt gefüllte Bläschen. Ueber beiden Lungen hinten unten ab und zu ein Rasseln. Der Appetit war nicht wesentlich vermindert (das Kind wurde noch gestillt). Eine bestimmte Diagnose war demnach noch nicht möglich. Ueber Nacht stieg das Fieber rasch an, der Puls wurde sehr frequent (140—150 in der Minute), das Kind unruhig, einmal trat Erbrechen auf, sodass der Verdacht auf beginnende Meningitis rege wurde. Dieser Verdacht verstärkte sich noch, als im Laufe des Tages (13. Januar) eine gewisse Benommenheit sich bemerkbar machte und ein leichter eklamptischer Anfall eintrat. Die Mutter wollte bemerkt haben, dass das Kind bei Bewegung des rechten Beines Schmerzen hatte, die daraufhin angestellte Untersuchung ergab aber eine vollständig freie und, wie es schien, auch schmerzlose Beweglichkeit aller Gelenke. Die Gegend unterhalb des Leistenbandes war kaum merklich mehr ausgefüllt als die linke, doch wurde dafür eine etwas stärkere Schwellung der auch links fühlbaren Lymphdrüsen verantwortlich gemacht, deren Ursache allerdings dunkel blieb. Bis zum folgenden Tag (14. Januar) hatte die Schwere des Allgemeinzustandes sich noch gesteigert; anhaltendes, hohes Fieber, kaum zählbarer (über 160 in der Minute), kleiner Puls, Somnolenz, Verminderung des Appetits, hie und da Trismus und leichte Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur. Zugleich aber hatte auch die oben erwähnte Schwellung von der Leistengegend aus über den ganzen Oberschenkel sich ausgebreitet, Haut und Weichteile an der Innenseite der oberen Hälfte derb infiltriert. Nun war es mir nicht mehr zweifelhaft, dass es sich um eine septische, aller Wahrscheinlichkeit vom Femur ausgehende Entzündung, eine akute, infektiöse Osteomyelitis handelte. Aber der Zustand des Kindes liess den hier nötigen ausgedehnteren operativen

Eingriff als ganz aussichtslos erscheinen, zumal trotz Wein und Cognac die Kräfte immer mehr abnahmen. Am Morgen des 15. Januar trat der Tod ein

Die Sektion, die leider auf das Bein beschränkt bleiben musste, ergab das obere Drittel des Femurschaftes vom Periost entblösst und von Eiter umspült, das Gelenk selbst frei. Serös-eitrige Infiltration der Muskeln und der Haut, hauptsächlich medialwärts.

Die Diagnose: akute Septico-pyämie unter dem Bilde der infektiösen Osteomyelitis und Periostitis geht aus dem klinischen und anatomischen Befund klar genug hervor, um keiner besonderen Begründung zu bedürfen. Leider konnte sie, mangels subjektiver Angaben, nicht so früh gestellt werden, dass sie noch einen therapeutischen Eingriff gerechtfertigt hätte. Einen besonderen Erfolg hätte man sich von demselben bei der schweren Allgemeininfektion ohnehin nicht versprechen dürfen.

II. Referate.

62) **Wolff.** Zur Casuistik der Gelenkmetastasen bei der Gonorrhoë.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 8.)

Ein 5 Monate altes Kind hat ein stark geschwollenes Kniegelenk mit reichlichem Exsudat und starker Schmerzhaftigkeit der Bewegungen. Auch Gegend des 4. Metatarsophalangealgelenkes geschwollen und leicht gerötet. Ausserdem intensive Vulvitis mit reichlicher purulenter Secretion zu constatieren, im Secret Gonococcen. Beide Eltern sind mit Gonorrhoë behaftet.

Gläser behauptet, das Zusammentreffen rheumatischer Affektionen mit Gonorrhoë sei rein zufälliger Natur. Ob diese Ansicht auch unserem Falle gegenüber Stand hält? Sollte der bei Kindern unter 1 Jahre so überaus seltene Rheumatismus sich hier zufällig mit einem Tripper vergesellschaftet haben?

---

63) **Rosenbaum.** Zwei Fälle von Friedreich'scher Ataxie.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896. No. 22.)

R. stellt im Verein für innere Medicin in Berlin (9. März 1896) 2 Kinder von 10 resp. 13 Jahren vor, die alle Erscheinungen der statischen und lokomotorischen Ataxie zur Schau tragen. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden, der Augenhintergrund ist normal, die Pupillen reagieren, Pes equinus-Stellung ist nicht vorhanden, ebensowenig Nystagmus (Friedreich selbst nannte denselben ein spätes Symptom), doch besteht dorsale Kyphoscoliose und sonst alles, was das Bild der Affektion ausmacht. Als besondere Symptome erwähnt R. Wackeln des Kopfes und hesitierende Sprache. Das Leiden ist in der Familie noch nicht vorgekommen (Vater und Mutter sind Geschwisterkinder), doch haben einige Familienmitglieder an Diabetes gelitten. Die Kinder erkrankten nach Pertussis, doch

legt R. aetiologisch mehr auf die diabetische Anlage Gewicht, zumal schon mehrere mit Diabetes complicierte Fälle von Friedreich'scher Ataxie beschrieben worden sind.

---

64) **Stadelmann.** Pockenrecidiv oder Varicellen und Variola?

(Deutsche medic. Wochenschr. 1896. No. 12.)

Ein $1\frac{1}{2}$jähriges Kind, ungeimpft, wird ins Krankenhaus mit der Diagnose „Variolois" gebracht und auf die Pockenabteilung zu anderen Pockenkranken gelegt. Die Entwickelung von Vesikeln und ausnahmslosen Pusteln aus Papeln, welche Dellenbildung zeigen, der Verlauf des Fiebers, besonders die Intensität und lange Dauer desselben bei der geringen Anzahl von Eruptionen (ca. 12), der recht schwere Allgemeinzustand, die tiefe Narbenbildung nach Ablauf der Borkenbildung und Eintrocknung der Pusteln, das Fehlen eines schubweisen Auftretens des Exanthems, alles dies liess, im Zusammenhang damit, dass am Ort (Dorpat) Variola endemisch auftrat, Varicellen aber nicht herrschten, die Diagnose zweifellos erscheinen. Der Verlauf war, wie bei der geringen Zahl von Pusteln zu erwarten war, vollkommen günstig, das Kind schien genesen. Da tritt plötzlich am 12. Tage nach Eintritt ins Hospital, am 8. nach Aufhören des Fiebers, eine neue Fiebersteigerung auf, und nun entwickelt sich eine schwere Variola, an der das Kind am 12. Tage stirbt. Neben den neuen Pusteln, die zum Teil schon eintrocknen, kann man noch am letzten Tage des Lebens die alten, nicht vollständig vernarbten, tiefgreifenderen Substanzverluste der Pusteln der ersten Erkrankung sehen.

Hatte man es mit Pockenrecidiv oder Reinfektion zu thun? Die Möglichkeit der letzteren ist ja nicht zu leugnen; das Kind lag mit anderen Pockenkranken zusammen, die erneute Erkrankung begann am 11.—12. Tage nach der Aufnahme, ein Zeitraum, der mit der Incubationszeit der Pocken gut übereinstimmen würde. Aber solche Neuerkrankungen, bei welchen zwischen den einzelnen Affektionen ein so kurzer Zeitraum liegt, sind wir doch gewohnt als Recidive aufzufassen, indem wir der Annahme huldigen, dass hier nicht eine neue Infektion des Körpers mit gleichartigem Krankheitsstoffe, sondern eine nochmalige Entwickelung der im Körper zurückgebliebenen Krankheitskeime stattgefunden hat. Seltsam ist freilich, dass die zweite Affektion hier um so viel intensiver war, als die erste. Man sollte doch denken, dass, wenn eine starke Empfänglichkeit für das Pockengift vorhanden ist, gleich die erste Affektion eine schwere sein müsste, während umgekehrt bei mangelhafter Disposition und leichter Infektion ein so schweres Recidiv nicht recht verständlich ist. Die Annahme, dass zuerst eine Infektion mit wenig virulenten Mikroorganismen stattgefunden hat und dass die Virulenz der letzteren im Körper des Pat. erheblich sich gesteigert hat, sodass die erneute Infektion mit diesen Organismen eine schwere Erkrankung hervorrief, wird durch den Umstand erschwert, dass gerade bei Variola die Infektionsfähigkeit des Körpers schon durch Aufnahme geringer

Mengen abgeschwächten Giftes ausserordentlich herabgesetzt wird. Trotzdem glaubt St. an ein Pockenrecidiv, indem er auch sich der Auffassung der ersten Affektion als „Varicellen“ widersetzt. Zwar ist er gleich Fürbringer der Ansicht, dass in manchen Fällen die Differentialdiagnose fast unmöglich ist, dass weder die Entwickelung aus Papeln, noch die Configuration des Bläschens, noch der trübe eitrige Inhalt derselben, d. h. die Pustelbildung, noch die Fächerung, noch die Narbe entscheidend sind, besonders bei kleinen Kindern, wo die Anamnese, die Schilderung der schweren Prodromalsymptome fehlt, auch ist nach seiner Ansicht nicht einmal der Punkt massgebend, dass bei Varicellen wegen der Nachschübe alle möglichen Stadien des Exanthems nebeneinander zu sehen sind, da er auch bei echter Variola dies öfters wahrgenommen hat, trotz alledem glaubt er doch die erste Affektion als eine Variolois deuten zu müssen, sodass wir es hier mit einem der seltenen Fälle von Pockenrecidiv zu thun haben.

---

65) **Bezold.** Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Ohres bei Masern.

(Münchener medic. Wochenschr. 1896. No. 10/11.)

Die allgemeine klinische Erfahrung lehrt, dass die Masern-Otitis in der Mehrzahl der Fälle unter dem Bild des einfachen Mittelohrkatarrhs in Erscheinung tritt und meist, ohne zu Perforation des Trommelfells zu führen, mit unserem Zuthun, oder auch ohne dieses, wieder zur vollen Heilung zu gelangen pflegt. Wir waren früher gewohnt, in den Erkrankungen des Ohres während und nach den Masern Complicationen der Allgemeinerkrankung zu sehen, deren Zustandekommen man sich durch Fortpflanzung der regelmässig vorhandenen akuten katarrhalischen Affektionen zu erklären suchte, welche bereits vor Ausbruch des Exanthems und noch nach demselben in Nase und Nasenrachenraum sich abspielen. Nun publizierte 1887 Tobeitz eine diesbezügliche Studie über Morbillen. Sämtliche 17 untersuchte und secierte Masernfälle zeigten eine Erkrankung des Mittelohrs, obwohl eine solche klinisch sich nur 7mal manifestiert hatte. Bei einem $1\frac{1}{2}$ jährigen einige Stunden nach Ausbruch des Exanthems verstorbenen Mädchen fanden sich beide Paukenhöhlen mit Eiter gefüllt, die Schleimhaut bedeutend geschwollen; ebenso verhielt sich beiderseits das Mittelohr bei einem $1\frac{3}{4}$ jährigen Kinde, das am 3. Tage nach dem Exanthemausbruch verstorben war. Tobeitz schloss daraus, „dass bei Masern vor dem Erscheinen des Hautexanthems, ebenso wie der Respirations- und Digestionsapparat, wie die Conjunctiva, auch die Schleimhaut der Tuba Eustachii und der Paukenhöhle erkrankt, und zwar, wie die anderen, selbständig und nicht durch Fortleitung des Katarrhs durch die Tuba“.

Um zu sehen, ob die von Tobeitz regelmässig gefundene Otitis media purulenta acuta wirklich ein constantes Vorkommnis bei Masern ist, stellten B. und Rudolph ähnliche Sectionsuntersuchungen an. In keinem einzigen der 18 an der Leiche er-

öffneten Schläfenbeine fehlte schleimigeitriges oder rein eitriges Secret! Nur einmal beschränkte sich die Ansammlung von Secret auf die knöcherne Tuba und machte den Eindruck, als ob dasselbe erst kurz vor dem Tode aus dem Nasenrachenraum in die Tuba hineingeschleudert worden wäre, und nur zweimal (Section am 3. Tage nach Erscheinen des Exanthems, während im ersten Falle 6 Tage nachher) beschränkte sich die Secretion auf knöcherne Tuba und Boden der Paukenhöhle, in allen übrigen Gehörorganen fand sich Secretansammlung, Rötung und Schwellung ausgebreitet über sämtliche Hohlräume des Mittelohrs, nicht nur über Tuba und Paukenhöhle, sondern auch über das Antrum, d. i. die centrale Höhle des Warzenteils und, wo solche bereits gebildet waren, auch über die peripheren Warzenzellen. Es ergab sich, dass bereits am 3. Tag nach Ausbruch des Exanthems (nach Tobeitz schon am ersten!) nicht nur die Schleimhaut in der Paukenhöhle, sondern auch im Antrum und in den übrigen Warzenzellen lebhaft injiciert, geschwollen, mit Eiter gefüllt sein können, dass am 4. Tag schon sich fibrinöses Exsudat mit Blutextravasaten in Paukenhöhle und Antrum gebildet haben, dass am 4.—6. Tage einzelne kleine polypöse Granulationen in der knöchernen Tuba, der Paukenhöhle und dem Antrum schon aufgeschossen sein können. Im Secret fand sich am häufigsten der Streptococcus, seltener der Staphylococcus albus und aureus; niemals fehlten die pyogenen Organismen. Mit Rücksicht auf diesen Befund musste die Reaktion am Trommelfell und an der Mittelohrschleimhaut als sehr gering bezeichnet werden: während wir sonst neben Eiter bei akuter Mittelohrentzündung an der Leiche die Schleimhaut so hochgradig geschwollen finden, dass z. B. die Gehörsknöchelchen von ihr vollständig eingehüllt sind, war dies hier nur ausnahmsweise der Fall; ebenso war die Injection eine relativ geringe, und nie wurde Zerstörung der Schleimhaut mit Blosslegung der Knochenwände beobachtet. Das kommt von einer Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit, welche auf der Höhe der Allgemeinerkrankung den Organismus trifft und klinisch z. B. durch den stark protrahierten Verlauf der Morbillen-Otitis sich dokumentiert. Der Reaktionsprozess steigert sich erst später im Verlauf und in der Reconvalescenz soweit, dass in dieser Zeit noch nachträglich Durchbruch des Trommelfells erfolgen kann.

Auch Untersuchungen seitens Prof. Habermann (Graz) und Prof. Siebenmann (Basel) zeigten in allen untersuchten Fällen (13) das Mittelohr erkrankt, eitrig entzündet, hauptsächlich durch Streptococcen afficiert, und so kann man wohl mit Recht diese Otitis media purulenta acuta als integrierende Teilerscheinung der Morbillen bezeichnen.

Was die speziellere Pathogenese der Masern-Otitis anbetrifft, so spricht sowohl ihr mit dem Beginn der Allgemeinerkrankung zusammenfallendes Auftreten, als ihre von Anfang an über den ganzen Mittelohrtractus bis in die Warzenzellen ausgebreitete Lokalisation mit Entschiedenheit gegen die bis heute als die häufigste angenommene Entstehungsweise von akuter Mittelohreiterung überhaupt, nämlich durch Propagation von Nase und

Nasenrachenraum in die Tuba und von da successive in die Paukenhöhle, Aditus ad antrum und die Warzenzellen, oder durch ein Hineinschleudern von Secretionsprodukten aus Nase oder Nasenrachenraum in die genannten Räume. Mit Rücksicht auf eine etwaige direkte Propagation sind B.'s Befunde in der knorpligen Tuba von besonderem Interesse. Dieselbe wurde fast durchgängig, und zwar auch schon in den allerersten Tagen der Allgemeinerkrankung, ohne jede Veränderung gefunden. Die ganze Form der Entzündung in der Schleimhaut, ihre ungleichmässige Ausdehnung auf verschiedene Bezirke, die fleck- und punktförmige Injektion, die Blut-Extravasate, vielleicht auch die an einzelnen Stellen rasch aufschiessenden kleinen Granulationen fordern vielmehr zu einem Vergleich der Schleimhauterkrankung mit dem Exanthem auf der äusseren Haut heraus, und es findet diese Form ihre den path.-anatomisch konstatierten Befunden am besten entsprechende Erklärung, wenn wir sie in direkte Analogie mit dem Hautexanthem stellen.

Welche Schlussfolgerungen können wir ferner über das schliessliche Endschicksal der Eiteransammlungen in den Mittelohrräumen ziehen, wenn sie ihren Weg nicht nach aussen finden? Nach B.'s „Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan“ hatten von 1897 untersuchten Schulkindern 52,49 % die Masern überstanden. Es ergab sich nun, dass die Procentzahlen für die schlechthörenden Kinder unter denjenigen, welche früher an Masern erkrankt waren, nicht wesentlich ungünstiger ausfielen, als unter denen, die daran verschont geblieben waren; ja gerade unter den am schlechtesten hörenden Kindern war früher vorausgegangene Masernerkrankung mit der kleinsten Procentzahl (50,68 %) vertreten. Da nun die eitrige Mittelohrentzündung, wie wir sahen, als eine ausnahmslose Teilerscheinung der Masern gelten muss, so ergiebt sich, dass in der grossen Mehrzahl dieser Fälle der Eiter in den Mittelohrräumen symptomlos und, ohne weitere Störungen zu hinterlassen, wieder zur vollständigen Resorption gelangt ist.

Aehnliches finden wir auch sonst vielfach verzeichnet. Seit v. Tröltsch wissen wir, dass ca. bei $^3/_4$ aller in Kranken- und Findelhäusern gestorbenen Säuglinge Eiterung im Mittelohr konstatiert wurde, welche im Leben mehr oder weniger symptomlos bleibt und nicht zum spontanen Durchbruch des Trommelfells zu führen pflegt. Kossel und Hartmann haben in den letzten Jahren im Koch'schen Institut diese Thatsache ebenfalls bestätigt und auch in dem gefundenen Eiter das regelmässige Vorkommen pathogener Organismen nachgewiesen. Rasch (Kopenhagen) hat das Gehörorgan bei zahlreichen Kindern bis zu 2 Jahren obduciert mit gleichen Resultaten. Derselbe legt grosses Gewicht auf die gleichzeitige Erkrankung der Respirationsorgane. Er fand in $70^1/_2$ % seiner Untersuchten Bronchopneumonie; unter den an Bronchopneumonie Erkrankten war das Mittelohr bei 99 % afficiert, bei 77 % in Form einer eitrigen Ohrenentzündung. Hartmann stellte gleichfalls die Häufigkeit dieser Coincidenz fest. Danach darf es uns auch weniger wundern, dass bei Masernkranken, zu deren konstanten Sektionsbefunden ja die Brochopneumonie gehört, die Mittelohreiterung ebenfalls einen konstanten Befund bildet!

Die besondere Prädisposition zu Mittelohreiterungen im kindlichen Alter erhellt auch aus einer Untersuchungsreihe Wendt's (1872) über Variola. Sie betrifft 24 Gehörorgane von Kindern von 0—1 Jahr, 56 von Kindern von 1—8 Jahren und 88 von Erwachsenen. Unter den 0—1 jährigen fand sich schleimig-eitrige oder rein eitrige Secretion des Mittelohrs in 62,5 %, unter den 1—8 jährigen in 57,1 %, unter den Erwachsenen nur in 22,7 %. Die entzündlichen Affektionen der Respirationsorgane zeigten hier aber keinen deutlichen Einfluss auf die Erkrankung des Ohrs. Dagegen wurde das bei der Masern-Otitis verhältnismässig späte Anwachsen der Entzündungserscheinungen im Ohr in der Zeit der Reconvalescenz auch bei Variola konstatiert; ja auch bei Variola zeigte der Entzündungsprocess im Ohr, obgleich er ebenfalls sofort mit Beginn der Allgemeinerkrankung einzusetzen pflegt, den gleichen torpiden Verlauf während der Höhe der Allgemeinerkrankung und die gleiche Tendenz, erst im Reconvalescenzstadium stärker aufzulodern.

Noch etwas über das Bild der Masern-Otitis beim Lebenden. Nur bei einem kleinen Bruchteil der Fälle sind auffällige Erscheinungen am Trommelfell nicht zu sehen. Meist erscheint es im Ganzen etwas dunkler, insbesondere im hinteren oberen Quadranten diffus injiciert, von lividroter Farbe; die gleiche livide Rötung erstreckt sich auch auf die hintere obere Gehörgangswand, sodass die Trommelfellgrenze hier vollständig verwischt sein kann. Ist eine grössere Menge Eiter innerhalb vorhanden, so kann derselbe in der intermediären Zone der hinteren Hälfte gelblich durchscheinen, und dieselbe ist dann gewöhnlich stärker hervorgewölbt. Verhältnismässig häufig sieht man auch einzelne radiäre Gefässe. Eine geringere Vorwölbung des hinteren oberen Quadranten ist häufig auch allein durch Schwellung und Infiltration der Trommelfellsubstanz bedingt. Nur selten findet man statt Vorwölbung Einsenkung, die Durchtränkung der Epidermis mit Flüssigkeit lässt die Oberfläche successive glanzloser erscheinen. Auffällig häufig finden sich Unebenheiten der oberflächlichen Schicht, welche sich fältelt und runzlig wird, wobei Hammergriff und kurzer Fortsatz verschwinden; diese runzlige Beschaffenheit ist noch das am meisten charakteristische Symptom der Trommelfelloberfläche bei Masern. Bei stärkerer Durchtränkung kann die oberflächliche Epidermislamelle in Form einer kleineren Blase oder auch im Ganzen sich abheben. Kommt es zum Durchbruch des Eiters, so wird die ganze Epidermisoberfläche rissig und es findet eine starke Neubildung von Epidermis statt, welche sich als weisse Masse in der Tiefe ansammelt. Die anschliessende schleimig-eitrige Sekretion dauert Tage bis Wochen. Grössere Perforationen entstehen nur ausnahmsweise, und aus seiner 28 jährigen Praxis erinnert sich B. keines Falles, in welchem eine noch im Verlauf der Masern oder kurz nachher zur Behandlung gekommene Trommelfellperforation nicht zum Wiederverschluss gekommen wäre. Auch das Hörvermögen kehrt sowohl bei der nichtperforativen als bei der perforativen Form konstant unter regelrechter Behandlung zur Norm

zurück. Dass natürlich ab und zu auch schlimmere Complicationen eintreten können, versteht sich von selbst.

Vergleicht man die Masern-Otitis mit den Entzündungsvorgängen im Mittelohr bei anderen Infektionskrankheiten, welche einen charakteristischen Trommelfellbefund ergeben, so fehlen hier vor allem die mit wahrhaft erschreckender Raschheit über das Trommelfell sich ausdehnenden Zerstörungen, wie sie auf der Höhe der Scarlatina in einem Teile der Fälle auftreten. Bereits direkt nach dem Durchbruch kann das Sekret jauchig und fötid gefunden werden, nach wenigen Tagen kann das Trommelfell total verschwinden und der Hammergriff soweit einschmelzen, dass die Watte beim Abtupfen an den entstandenen Unebenheiten des cariösen Knochens hängen bleibt. Auch beim Typhus sind die Perforationen gewöhnlich viel ausgedehnter und gelangen keineswegs durchgängig zum Wiederverschluss. Ferner fehlen bei Masern die charakteristischen Blutergüsse und manchmal bis weit in den Gehörgang sich erstreckenden hämorrhagischen Blasen, welche so oft bei der Influenza gesehen werden. Bei Tuberkulose tritt die dauernde, mangelhafte Reaktionsfähigkeit des Organismus in den Vordergrund; schmerzlos können hier ein- oder mehrfache Perforationen an jeder Stelle des Trommelfells auftreten, täglich sich vergrössern, die einzelnen Oeffnungen sich vereinigen, bald ausgedehnte Strecken der Mittelohrwände cariös werden, ohne dass eine nennenswerte Reaktion der Schleimhaut eintritt. Im Vergleich zu allen diesen Formen kann wohl die Masern-Otitis mit vollem Recht „mild" genannt werden.

---

66) **K. Hochsinger.** Zur Kenntnis der angeborenen Lebersyphilis der Säuglinge.

(Aus dem I. öffentlichen Kinderkrankenhause in Wien.)

(Wiener medic. Wochenschrift 1896. No. 9—14.)

Unter 148 congenital-luetischen Säuglingen waren 46 mit klinisch constatierbarer, beträchtlicher Lebervergrösserung behaftet. 30 dieser Fälle wurden durch antisyphilitische Behandlung geheilt, 16 starben. 34 Kinder gehörten den ersten 6 Lebensmonaten an. Unter den geheilten Fällen befinden sich auch Säuglinge mit schwerer allgemeiner Syphiliserkrankung und mit sehr grossen und harten Lebertumoren, sodass die von Gubler vertretene Anschauung, dass die grosse Sterblichkeit congenital-syphilitischer Säuglinge hauptsächlich von der Mitaffection der Leber abhängt, keine Bestätigung findet. Ausgenommen 2, zeigten alle Pat. auch eine Vergrösserung der Milz. Die Grösse der Leber variierte. Mitunter fanden sich ganz enorm grosse und harte Intumescenzen, welche bis unter die quere Nabellinie hinunter reichten oder auch die ganze rechte Bauchhälfte einnahmen, sogar schon bei nur wenige Wochen alten Säuglingen; Fälle mit solchen Graden von Leberintumescenz waren auch nach jeder anderen Richtung hin Syphilisfälle allerschwerster Sorte und endeten stets letal. Bei allen Fällen von Lebersyphilis war das

Organ auffallend hart, die Oberfläche glatt. In keinem einzigen Falle bestand Icterus oder Ascites. Viele Pat. waren in elendem Allgemeinzustande, zahlreiche, wie bei der hereditären Lues so häufig, hochgradig anämisch und abgemagert; meist waren das Kinder in den ersten Lebenswochen. Aber es fanden sich auch ganz ausgezeichnet genährte und kräftige hereditär-luetische Säuglinge mit Lebervergrösserung; es ist daher nicht die Annahme richtig, jeder Fall von hereditärer Lebersyphilis müsse schon wegen der Leberaffektion es ipso ein schwerer Krankheitsfall sein. Das war besonders bei den Pat. über den 2. Lebensmonat hinaus nicht der Fall, und hat H. den Eindruck gewonnen, dass der mit hereditärer Lebersyphilis behaftete Säugling um so schwerer in seinem Allgemeinzustand betroffen erscheint, in einem je früheren Alter die Leberintumescenz bei ihm manifest wird, und dass die Prognose um so günstiger ist, je weiter sich Pat. schon hinter dem 2. Lebensmonat befindet. Wenige Ausnahmen abgerechnet, war die Lebererkrankung immer mit floriden syphilitischen Exanthemen verbunden, sehr oft bestanden gleichzeitig Knochenaffectionen, vornehmlich Pseudoparalysen und Entzündungen der Hand- und Fusswurzelknochen; stets constatierte man auch eine Erkrankung der Nase, die ja überhaupt bei syphilitischen Neugeborenen und Kindern eine so grosse Rolle spielt, dass H. noch nie einen hereditär-syphilitischen Säugling sah, dessen Nase gesund war.

Die syphilitische Leberintumescenz reagiert anfänglich sehr rasch auf Quecksilber (Protojoduret. hydrarg. 25 mmgr. pro die). Tumoren von mittlerer Grösse und nicht zu bedeutender Härte sind in der Regel schon nach 2 Wochen kleiner, nur sehr grosse und harte nicht nach 4 Wochen. Ist nach dieser Zeit eine Veränderung nicht eingetreten, so wirkt wahrscheinlich ein anderer Faktor mit, vor allem hochgradige Fettinfiltration. Das Volumen der Leber nimmt nur ganz allmählich ab, vorher verschwinden in der Regel die Haut- und Knochenaffectionen, während die Milzvergrösserung noch langsamer weicht, als die der Leber. 6—8 Wochen ist der kürzeste zur Heilung eines syphilitischen Lebertumors erforderliche Zeitraum.

Wie erwähnt, fand sich bei keinem der Pat. Icterus und Ascites, und H. ist überzeugt, dass es sich bei keinem der in der Litteratur verzeichneten Fälle, wo syphilitische Lebererkrankung und Icterus bestanden haben sollen, um Syphilis gehandelt hat. In allen diesen Fällen fehlten sonst sichere Zeichen von Lues, trotzdem manche der Kinder bis in den 4. und 5. Lebensmonat hin beobachtet wurden. H. glaubt nicht, dass ein syphilitisches Kind mit Lebersyphilis so alt wird, ohne dass sich die Lues an der Haut- oder der Nasenschleimhaut documentiert; auch steht es mit seinen Erfahrungen in Widerspruch, dass ein Kind, welches mit schwerer angeborener Lebersyphilis zur Welt gebracht wird, nur diese syphilitische Erkrankungsform und sonst kein anderes Zeichen der floriden Erkrankung, besonders keinen syphilitischen Schnupfen an sich trägt.

Wie sind nun aber derartige Fälle, welche sich unter die Sammelbezeichnung „Icterus neonatorum perstans afebrilis“ rubrizieren lassen, zu erklären? Man führe einfach solche Fälle von angeborener Schrumpfung, Atresie und Verödung der Gallenwege und von biliärer Cirrhose im frühesten Alter auf angeborene Hemmungsbildungen oder fötale Entzündungsvorgänge im Bereiche der Gallenwege zurück; wenn man annimmt, dass sich in weiterer Folge an die durch die erwähnten hypothetischen intrauterinen Erkrankungsvorgänge bedingte Gallenstauung eine cirrhotische Wucherung des Leberbindegewebes anschliesst, so ist das Vorkommen einer biliären hypertrophischen Cirrhose bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne syphilitische Vererbung vollständig erklärt. In einzelnen für Lebersyphilis mit Icterus erklärten Fällen kann ferner auch der Icterus physiologicus neonatorum mitgespielt haben, der 80% aller Neugeborenen befällt und 2 Wochen und länger andauern kann, ohne pathologisch zu sein. Es kann ja auch schliesslich vorkommen, dass die hierbei bestehende Gallenstauung zu einer secundären Erkrankung der Gallenwege führt, welche entweder restitutionsfähig ist oder im weiteren Verlaufe zu einer wahren bilären Cirrhose geworden ist; keinesfalls ist man aber berechtigt, aus dem anatomischen Befunde einer angeborenen totalen oder partiellen Gallengangsatresie oder dem klinischen und anatomischen Bilde einer biliären hypertrophischen Lebercirrhose im Säuglingsalter allein hereditäre Syphilis zu deduzieren.

Freilich glaubt Autor, das auch bei seinen Fällen die Diagnose „Lebersyphilis“ vielleicht angezweifelt werden wird. Bekanntlich ist die angeborene Syphilis sehr häufig die Ursache für eine eigentümliche Blutveränderung der Kinder, welche als „Anaemia pseudoleukaemica infantum“ bezeichnet wird. Loos hat sogar diesen Blutbefund als einen ganz charakteristischen für schwere Formen von hereditärer Lues hingestellt, was H. nicht ganz bestätigen kann. Da nun diese Blutveränderung immer mit Milzvergrösserung einhergeht und sehr häufig auch mit Leberschwellung vergesellschaftet ist, so liegt es nahe, daran zu denken, dass ein Teil der Leberaffectionen, da fast immer auch die Milz vergrössert war, auf das Konto dieser Erkrankung zu setzen. Zugeben könnte man das nur für wenige Fälle, wo die Leber nicht hochgradig vergrössert und in ihrer Consistenz nicht verändert war, während die Milz hochgradige Intumescenz und Härte aufwies. Sonst aber stand die Vergrösserung der Leber niemals in einem proportionalen Verhältnis zur Grösse des Milztumors, sodass also letzterer in den Hintergrund trat. Histologische Befunde über die Veränderungen der Leber bei Anaemia pseudoleukaemica sind nur von Luzet und Loos geliefert worden; dieselben lehren, dass hier die Leberaffection weder mit der leukämischen, noch mit der syphilitischen Leberbeschaffenheit etwas gemein hat. H. constatierte nun bei einem 8 monatlichen, mit enormer Milz- und Lebervergrösserung behafteten Kinde wenige Tage vor dessen Tode einen Blutbefund, der dem Bilde der

Anaemia pseudoleukaemica inf. zukam (Haemoglobingehalt 4%, Zahl der roten Blutkörperchen $2^1/_2$ Millionen, Verhältnis der weissen zu den roten: 1 : 75), und doch fanden sich in der Leber die Zeichen einer echt leukämischen Erkrankung. Daraus geht hervor, dass der Blutbefund noch nicht die Krankheit ausmacht und dass der der Anaemia pseudoleukaemica inf. beigemessene Grad der Leukocytose mitunter schon einer echten Leukaemie zugehören kann. Ein Berührungspunkt zwischen beiden Affectionen ist aber gerade durch die hereditäre Lues gegeben, die bei Säuglingen zur Entstehung beider Veranlassung geben kann. Fälle von echter syphilitischer Säuglingsleukämie sind beobachtet worden. Es könnte daher die Leberschwellung bei einem congenital-luetischen Säugling einmal auf Leukämie statt auf Syphilis beruhen.

H. traf bei seinem Material auf 3 Fälle, welche Milzbeschaffenheit und klinischen Habitus der Anaemia pseudoleukaemica inf. boten, Kinder im 2., 4. und 6. Lebensmonat, von denen 2 starben.

Die Fälle von Syphilis congenita und Lebervergrösserung, die tötlich endeten, waren durchwegs schwerste Fälle von hereditärer Lues gewesen. 5 der Pat. waren unter 3 Monaten alt, das älteste Kind stand im 6. Monate, woraus hervorgeht, das die Sterblichkeit syphilitischer Säuglinge mit Leberintumescenz besonders in den ersten Lebensmonaten eine hohe ist. Die Sectionen ergaben, dass man nie rein interstitielle, sondern immer gleichzeitig diffuse Erkrankungen des gesamten Lebergewebes vor sich gehabt hatte; man fand entweder die Leberzellenacini von jungem, wucherndem Granulationsgewebe völlig durchsetzt oder man sah ein junges, bereits organisiertes, mehr weniger zellreiches, manchmal noch zartes, manchmal schon derberes Bindegewebe zwischen die Leberzellenbälkchen und die einzelnen Leberzellen eingeschoben. H. ist der Ansicht, dass die Mitbeteiligung des intraacinösen Stromas und der Blutgefässcapillaren am entzündlichen Processe zu den unumgänglich notwendigen Bedingungen für die histologische Diagnose der syphilitischen Säuglingshepatitis gehört. Keinesfalls aber möchte er es wagen, aus dem Befunde einer einfachen Kernvermehrung im interstitiellen Leberbindegewebe des Neugeborenen und Säuglings allein die Diagnose einer syphilitischen Leberaffection zu deduzieren. Vielmehr ist daran festzuhalten, dass das interstitielle Leberbindegewebe in diesen Lebensaltern dem embryonalen Bindegewebe noch sehr nahe steht und daher noch sehr reich an Rundzellen ist; Verwechslungen zwischen normalem juvenilem Gewebszustande und frischer syphilitischer Alteration des Bindegewebes könnten daher möglicherweise unterlaufen, wenn man lediglich dem Zustande des interstituellen Bindegewebes, also dem Gefüge der Glisson'schen Kapsel allein seine Aufmerksamkeit zuwendet, ohne das Verhalten der Leberacini ernstlich zu berücksichtigen. Einen absolut beweisenden Wert für die Feststellung einer Syphilis hepatis congenita misst H. histologischerseits, nebst dem Befunde einer mehr minder diffusen Affection des Leberparenchyms, der Anwesenheit entzündlicher Veränderungen an

den Blutgefässen, an den Scheiden und in der unmittelbaren Umgebung derselben zu. In den von ihm untersuchten Fällen war das die Verzweigungen der Pfortader und Leberarterie umscheidende Bindegewebe allenthalben erkrankt; nebst der perivasculären Entzündung bestand in allen Fällen eine Erkrankung der Adventitia, bisweilen stellenweise auch Entzündung an der Innenhaut von Leberarterienästen. H. behauptet also gerade das Gegentheil, wie Fischl, welcher in seiner Arbeit*) behauptet, „dass die Gefässerkrankung beim hereditär-syphilitischen Process eine gewiss nur untergeordnete Rolle spielt und Befunde, wie sie beim Erwachsenen zu den Alltäglichkeiten gehören, beim Säugling nur in den seltesten Fällen gemacht werden."

H. glaubt, mit besonderem Nachdruck darauf hinweisen zu müssen, dass sich die Lebern syphilitischer Neugeborener und Säuglinge bei der histologischen Untersuchung nur selten normal erweisen, und zwar selbst dann nicht, wenn das genannte Organ keine Vergrösserung seines Volumens zeigt. Kernvermehrung im interstitiellen Bindegewebe ist eine fast regelmässige Erscheinung, ganz gewöhnlich befindet sich das Leberparenchym in einem hyperämischen Zustande, sehr häufig sind auch Rundzellenanhäufungen in der Umgebung der Blutgefässcapillaren innerhalb der Leberacini festzustellen. Auch auf den Irrtum der Anschauung weist H. nochmals hin, die Schwiele oder das grossknotige Syphilom (Gumma) sei die charkteristische histologische Form der syphilitischen Leberaffection des Neugeborenen und Säuglings. Ganz im Gegenteil! Die diffuse, frische Bindegewebs- und Parenchymerkrankung, welche durch Proliferation eines aus Rundzellen bestehenden Granulationsgewebes ausgezeichnet ist, ist die typische Form der syphilitischen Säuglingsleber.

---

67) **Popper.** Syphilis in Folge der rituellen Beschneidung.

(Wiener medic. Presse 1896. No. 9.)

In der Wiener dermatol. Gesellschaft (5. Februar 1896) demonstrierte P. ein 7 Monate altes Kind, welches 3 Wochen nach der Beschneidung ein Geschwür am Penis und Schwellung der Inguinaldrüsen bekam, im 3. Monat ein Exanthem zeigte, das auf Calomeldarreichung schwand. Im 5. Monat vereiterten die Inguinaldrüsen und bald darauf die Halsdrüsen. Kind sehr herabgekommen, Hautdecken welk und atrophisch, Lymphdrüsen, namentlich am Halse, excessiv geschwollen, am Penis eine exulcerierte, über kreuzergrosse Sclerose, am Stamm, Gesicht und Extremitäten ein in der Involution begriffenes Syphilis, Psoriasis palm. und plantar., ferner ein Infiltrat im linken Nebenhoden, Milzschwellung.

---

*) Zur Kenntnis der hämorrhagischen Diathese hereditär-syphilitischer Neugeborener mit besonderer Rücksicht auf das Verhalten der kleinen Gefässe (Archiv. d. Heilk. VIII. Bd. 1887).



68) **S. Sterling.** Die Rhachitis.

(Archiv für Kinderheilkunde 1896. Bd. XX. Heft 1—2.)

Wenn der „klinische Vortrag“ auch des Neuen nicht viel bietet, so bildet er doch eine recht fleissige und lehrreiche Arbeit, in der man alles Wissenswerte über Rhachitis systematisch geordnet findet und über streitige Punkte in objektiver Weise referiert wird, unter Benutzung einer reichen Litteratur. Auch die Therapie wird eingehend behandelt und der moderne Standpunkt unserer Wissenschaft zur Geltung gebracht.

---

69) **H. Höck.** Ueber die Anwendung von Dr. Lahmann's „vegetabiler Milch“.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896. No. 11—13.)

In der n. ö. Landes-Findelanstalt in Wien wurden 31 meist an Enterokatarrh leidende Säuglinge mehrere Wochen resp. Monate lang so ernährt, dass die „vegetabile Milch“ der Kuhmilch zugesetzt wurde. Die Pflanzenmilch erwies sich als recht zweckmässiges Zusatzpräparat, indem die Kinder in zufriedenstellender Weise an Gewicht zunahmen, das Allgemeinbefinden sich rasch besserte, die stark übelriechenden diarrhöischen Stühle seltener und fester wurden. Die Pflanzenmilch zeichnet sich vor anderen Milchsurrogaten namentlich durch den Mangel an Kohlehydraten aus, durch den Reichtum an Salzen und Fett aber bringt sie der Nahrung von Kuhmilch das Fehlende zu und macht sie der Muttermilch ziemlich gleich.

---

70) **P. Taenzer.** Ueber Nikotianaseife.

(Sep. Abdruck aus: Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895, Bd. XXI. No. 12.)

T. empfiehlt eine von Apotheker Mentzel (Bremen) fabrizierte, mit Tabakslauge versetzte Seife, die er besonders bei Scabies, Pityriasis versicolor und Pruritus mit Erfolg angewandt hat. Bei Kindern hat er keine Versuche angestellt, doch hörte er von anderer Seite, dass hier Vorsicht geboten ist, weil ein mit der Seife behandeltes Kind von Erbrechen mit Pulsveränderung befallen wurde. P. glaubt an Idiosynkrasie.

In einem Referat über T.'s Mitteilung meldet nun Jadassohn (Centralblatt f. Chirurgie 1896. No. 14), dass auch er bei 2 Kindern auf die Anwendung der Seife allgemeines Unwohlsein mit Erbrechen folgen sah; übrigens dauerte die Behandlung auch länger, als die übliche und führte, wenn nicht genügend lange fortgesetzt, häufiger zu Recidiven.

---

71) **v. Freeden.** Ueber Morphium als Gegengift gegen Atropin.

(Zeitschrift für prakt. Aerzte 1896. No. 6.)

Ein 16 Monate altes Kind trank aus einem nur noch eine geringe Menge „Augentropfen" (prozentische Zusammensetzung unbekannt) enthaltenden Fläschchen, etwa 10—15 Tropfen. Sehr bald heftige allgemeine Krämpfe. Der nach 3/4 Stunden erschienene Arzt gab ein Brechmittel und 0,02 Morphium hydrochloric. durch die Magensonde. 3 Stunden später sah v. F. das Kind in heftigen klonisch-tonischen Krämpfen, die bei der leisesten Berührung, Erschütterung, Sprechen u. s. w. fortwährend ausgelöst wurden. Das Kind wurde nun in ein Bett gelegt, das mit Wärmkrügen versehen war und erhielt eine subkutane Injection von 0,004 Morph. hydrochloric. Schon nach wenigen Minuten Krämpfe weniger heftig, ab und zu minutenlang sogar Schlaf. Da Herz und Atmung aber noch sehr frequent, die Pupillen ad maximum erweitert blieben und die Krämpfe wieder heftiger wurden, so erhielt das Kind nochmals 0,004 Morph. subcutan, 3/4 Stunden nach der 1. Injection. Im Laufe der nächsten 2 Stunden gingen jene Symptome zurück. 6 Stunden nach der Vergiftung trat eine hochrote Färbung der Haut, besonders an den Beinen auf, die Haut war heiss, trocken und gespannt. 10 Stunden nach der Vergiftung macht das Kind den Eindruck eines schwer fiebernden Kindes; nur noch bei Berührung fährt es zusammen und macht mit Armen und Beinen lebhafte Beugebewegungen und Streckbewegungen; mitunter erkennt es seine Mutter wieder. Von da ab nehmen Atmung und Puls an Frequenz ab, die Pupillen werden etwas enger. Nach weiteren 10 Stunden Pat. ganz munter, spielt, trinkt.

Die nicht ganz prompte Wirkung der ersten Einspritzung ist wohl dadurch zu erklären, dass diese Injectionsflüssigkeit neben Morphium (0,1) auch Atropin (0,001) enthielt; für den therapeutischen Antagonismus spricht aber schon die Thatsache, dass das 16monatliche Kind 0,008 erhielt, ohne darauf stark zu reagieren.

---

72) **v. Mach.** Ein Beitrag zur Therapie der granulösen Augenbindehaut-Erkrankungen.

(Aerztliche Rundschau 1896. No. 12.)

v. M. hat bei einer Epidemie von Conjunctivitis granulosa die Excision der granulösen Partien als ein Mittel kennen gelernt, das fast absolute Garantie für schnelle und sichere Heilung, auch der schwersten granulösen Erkrankungen, bietet. Er führte den Eingriff bei 39 Kindern unter Cocainanästhesie aus. Die Nachbehandlung, welche sich längstens über 3—4 Wochen ausdehnte, bestand nur in Sublimataufschlägen (1 : 6000). Die kleinen Eingriffe, bei welchen in jeder Sitzung nur wenig entfernt wurde, erfordern weder besondere technische Fertigkeit, noch geschulte Assistenz, sodass sie von jedem Praktiker auszuführen sind.

Der Gang der Operation, zu der v. M. an Instrumenten eine einfache Fixierpincette mit festem Schluss, eine Kuhnt'sche Entropienpincette, eine kleine, im Knie gebogene geknöpfte Schere und eine kleine, in der Fläche gebogene Schere benutzt, ist folgender: Einträufelung eines Tropfens 10%ger Cocainlösung. Sobald die Conjunctiva bulbi unempfindlich geworden, wird das obere Lid 1—2 mal, je nach dem Sitz der zu excidierenden Stelle umgelegt und einen Augenblick mit der linken Hand oder durch eine zweite Person fixiert. Zugleich fasst man mit der in der rechten Hand befindlichen Kuhnt'schen Entropienpincette, welche unten einen schmalen, $1^1/_2$ cm breiten Ansatz hat und sich selbstthätig schliesst, einen Teil des Trachomkörnerstreifens, vom gesunden nicht mehr als notwendig mitabklemmend, nimmt die Pincette in die linke Hand und schneidet mit der gradschneidigen Schere (rechte Hand), dicht neben dem Pincettenrande bleibend, die abgeklemmte Partie ab, lässt einige Sekunden ausbluten und legt einen antiseptischen Druckverband an. Bei Schmerzen Eisumschläge, Tags darauf wird weiter operiert, und sofort. Nie Naht. Abgesehen von einem Falle stets Heilung per primam mit glatter linearer Narbe. Kein Recidiv. Trotzdem vielfach ein Teil des Tarsus mit entfernt wurde, nie Entstellung, nie Alteration des M. orbicularis.

---

73) **Schanz.** Die Bedeutung des sog. Xerosebacillus für die Diagnose der Diphtherie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 12.)

Als Sch. ein Kind mit Xerosis des Auges gerade in Behandlung hatte, suchte er die Frage zu entscheiden, ob der Xerosebacillus identisch mit dem Diphtheriebacillus ist. Die Untersuchung ergab, dass im Präparat diese Idendicität wirklich vorhanden ist: auch der Xerosebacillus erscheint als mässig grosses Stäbchen, ist leicht gebogen, bildet Keulenformen, zeigt ungefärbte Querstreifen. Die Culturversuche führten zu dem gleichen Resultat: auf Eiweiss bildet der Xerosebacillus ebenfalls grosse Keulen, in Bouillon wächst er wie Diphtherie, die Bouillon ist anfangs klar, die kleinen Colonien sitzen an der Wand des Gefässes, später bildet sich ein Bodensatz, der in beiden Fällen gleiche Farbe hat, die Bouillon machen beide in derselben Zeit sauer, beide wachsen in Gelatine nur bei Temperatur über 20°. Früher hat Carl Fränkel im normalen Conjunctivalsack Löffler'sche Bacillen gefunden und nachgewiesen, dass es sich um einen nicht oder nur wenig virulenten Diphtheriebacillus handelt. Wie steht es nun mit der Virulenz des Xerosebacillus? Sch. impfte ein Meerschweinchen mit Diphtherie, ein anderes mit Xerose; jenes starb nach 2 Tagen, dieses erholte sich rasch wieder. Fränkel fand bei seinen Löffler'schen Bacillen des Conjunctivalsacks verschiedene Virulenz: einige Male kam es nur zu Ödem an der Injectionsstelle, eine Cultur, die von einer völlig normalen Conjunctiva herrührte, tötete die Tiere rasch.

Es giebt also Löffler'sche Bacillen von allen möglichen Giftigkeitsgraden, und man kann auch nachweisen, wie der giftige Diphtheriebacillus auffallend rasch seine Giftigkeit verliert, nicht nur durch Umzüchten, sondern auch beim Menschen: Uhthoff behandelte ein Kind 14 Tage lang an einer Conjunctivitis crouposa, während welcher Zeit immer höchst giftige Löffler'sche Bacillen gefunden wurden. 14 Tage nach Beendigung der Erkrankung kam das Kind wieder in die Klinik; es wurde aus der Conjunctiva eine Cultur entnommen, die vollständig identisch mit den 14 Tage vorher gezüchteten giftigen Bacillen war, aber bei der Impfung wirkungslos blieb. Auch bei Rachendiphtherie haben Roux und Yersin das Gleiche constatiert: bei milden Formen der Diphtherie und gegen das Ende der Erkrankung geringere Giftigkeit der Bacillen. Aber auch das Gegenteil liess sich, wie die beiden Autoren zeigten, experimentell erreichen: sie konnten diese schwachen Bacillen künstlich verstärken und in die giftige Form überführen. Da demnach die Giftigkeit des Löffler'schen Bacillus so grossen Schwankungen ausgesetzt ist, dürfen wir einen Bacillus, der sonst nicht von ihm zu unterscheiden, aber nicht giftig ist, doch nicht für einen anderen Mikroorganismus erklären, sondern wir müssen vorläufig den Xerosebacillus als einen Löffler'schen von geringer Giftigkeit ansehen.

Löffler selbst sprach es aus, dass es einen sehr verbreiteten Saprophyten giebt, der dem avirulent gewordenen Diphtheriebacillus ganz ähnlich ist. Das kann nur der Xerosebacillus sein. Der ungiftige Löffler'sche Bacillus muss ungemein häufig sein, und zwar nicht blos in der Conjunctiva, sondern auch in den oberen Luftwegen, wo er ja schon oft genug gefunden wurde. Beck z. B. fand bei 66 gesunden Kindern ihn 22 mal, Roux und Yersin ihn bei 45 gesunden Kindern 15 mal! Wenn dieser Bacillus aber so häufig ist, dann genügt es doch zur Diagnose der Diphtherie nicht, ihn im Präparat und in Cultur nachzuweisen, sondern man muss seine Giftigkeit in letzterem Falle nachweisen, oder die klinischen Symptome müssen genügend zeigen, dass es sich um den giftigen Bacillus handelt. Also ein Pat. mit Angina und Löffler'schen Bacillen ist noch kein Diphtheriekranker! Dies ist nicht belanglos für die Serumtherapie. Unterlässt man den Nachweis der Giftigkeit, so wird man viel zu häufig Diphtherie diagnosticieren! Entweder sind der giftige und ungiftige 2 verschiedene, dann ist eben der giftige der Erreger der Diphtherie, — oder es sind identische, und der ungiftige wird nur dadurch, dass er zufällig sich in eine diphtheritisch erkrankte Schleimhaut einnistet, giftig, während er auf gesunden Schleimhäuten seine Ungiftigkeit bewahrt; dann ist er aber nicht der Erreger der Diphtherie, sondern er erlangt nur an der Diphtheriemembran die Fähigkeit, einen starken Giftstoff zu producieren, der dann eben die Gefahr der Affection bedingt. Die Serumtherapie würde dann also nicht an Wert einbüssen, da sie eben jenen Giftstoff paralysiert, wohl aber würden die Schutz-

impfungen keinen Zweck haben. Und das hat ja die Praxis auch zum Teil schon gezeigt. Erst wenn dargethan ist, dass es sich hier wirklich um 2 verschiedene Mikroorganismen handelt, darf der giftige Löffler'sche Bacillus als der Erreger der Diphtherie gelten!

---

74) **E. Wieland.** Die Serumbehandlung der Diphtherie im Baseler Kinder- und Bürgerhospital vom November 1894 bis Juli 1895.

(Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte 1896. No. 3.)

Es wurden in der angegebenen Zeit 109 Kinder mit Behring' oder Roux'schem Serum behandelt. Die Diagnose auf Löffler'sche Diphtherie wurde fast ausschliesslich durch frische Deckglaspräparate sicher gestellt, welche Methode bei richtiger Ausführung — Zerreiben eines kleinsten Stückchens einer typischen Pseudomembran auf dem Deckgläschen mittelst sterilem Platinspatel und nachherige Färbung nach Gram — in über 90% klinisch ächter, d. h. mit Bildung fibrinöser Beläge eingehender Diphtherie den einwandfreien Nachweis des Löffler'schen Bacillus innerhalb weniger Minuten lieferte; nur im Zweifelsfalle brauchte die Diagnose durch Impfung auf Blutserum oder Hühnereiweiss erhärtet zu werden.

Von jenen 109 Pat. nun starben 28, wurden geheilt 81; Mortalität also 75,7%. Zum Vergleich mit den Heilresultaten der Vorserumzeit wurden nur die operierten Fälle beider Perioden herangezogen. Die Mortalität dieser Fälle fiel im Kinderspital von 59% auf 26,9%, im Bürgerhospital von 55% auf 35,7%. Die immer noch hohe Mortalität der Serumzeit kommt daher, dass zu späte injiciert werden musste.

Vereinzelt entstand die Frage, ob nicht das Serum an dem letalen Ausgang mit Schuld trug infolge mangelnder Expectoration der rasch abgestossenen Bronchialbeläge. Es traten auch häufig lobuläre Pneumonien auf, die wohl auch ihre Entstehung der raschen Loslösung und Aspiration der die kleinsten Bronchien auskleidenden Pseudomembranen verdankten; sie boten eine gute Prognose.

Serumexantheme kamen 8 mal vor, 2 mal mit hohem Fieber und schweren Allgemeinsymptomen, die rasch wieder schwanden. Albuminurie und Lähmungen kamen bei „Gespritzten" eher seltener vor, als früher.

Bei den 81 geheilten Fällen war 37 mal bloss der Rachen, 44 mal der Kehlkopf ergriffen. Der Injection folgte regelmässig Hebung des Allgemeinbefindens, meist auch Herabsetzung der Temperatur, welche 34 mal die definitive Entfieberung einleitete. Trat kein Temperaturabfall ein, so bestanden Complicationen (Bronchopneumonie). Ein Uebergreifen vom Rachen auf den Larynx kam nie vor. Am auffälligsten zeigte sich die Heilkraft des Serums beim Croup. Das raschere Loslösen der Pseudomembranen und das spontane Schwinden der Stenose führten zu einer Einschränkung

der operativen Eingriffe. An Stelle der Tracheotomie trat die schonendere Intubation, wobei das Decanulement sich noch wesentlich früher vornehmen liess.

Resumé: Die Seruminjection, rechtzeitig angwendet, ist gefahrlos und von hervorragendem Heilwert.

---

75) **Clessin.** Ueber Behandlung der Diphtherie mit Behring'schem Heilserum.

(Münchener medic. Wochenschr. 1896. No. 7.)

Cl. behandelte bei einer Epidemie im Oktober v. J. 29 Kinder an D. Davon konnten 7 nicht injiciert werden, und es starben davon 3. Die 22 Injicierten genasen sämtlich.

Was nun diese 22 anbelangt, so handelte es sich meist um Rachendiphtherie, 4 mal um Rachen- und Kehlkopf-, 1 mal um Nasen-, Rachen- und Kehlkopf- und 1 mal um Nasen- und Rachendiphtherie. 7 Pat. waren 2—6 Jahre alt, 15 Pat. 8—12 Jahre, je ein Pat. 14—16 und 46 Jahre. Bei allen genügte eine Injection von No. I (1 mal), No. II (10 mal), No. III (11 mal); lokal wurde nicht behandelt. 5 Pat. kamen am 1. Krankheitstage, 9 am 2., 4 am 3., 1 am 6., 2 am 8., 1 am 11. zur Behandlung. Die Wirkung der Injection war, sofern sie in den ersten Krankheitstagen vorgenommen wurde, meist nach Ablauf von 16—20 Stunden eine auffallend günstige; z. B. sassen vorher somnolente Kinder 1 Tag nach der Injection munter am Tisch. Nie breitete sich der Process weiter aus, nie griff er auf den Larynx über. Ein Fall von fast hoffnungsloser Stenose heilte.

Exantheme wurden 5 mal beobachtet; 2 mal Herpes labialis, 2 mal ein morbillöses, 1 mal ein Urticaria-Exanthem, alle bald nach der Injection auftretend und, abgesehen von dem Herpes, auf die Umgebung der Einstichstelle sich beschränkend. Albuminurie kam 6 mal vor, am 2.—4. Tage beginnend und ohne weitere Erscheinungen verlaufend; 3 mal bestand schon vor der Injection solche und wurde durch letztere nicht beeinflusst. Lähmungen traten 3 mal ein. Bei einem 16 jährigen Mädchen, das seit langem an Lugentuberkulose litt, trat nach der Einspritzung bedeutende, 2 Tage anhaltente Verschlimmerung des Allgemeinbefindens mit Haemoptoë auf. Mehrmals bestand 24 stündige Harnverhaltung, 1 mal Dysurie (auch Lennox Brown spricht von Neigung zur Anurie nach Serum).

---

76) **Hölzl.** 2 schwere Fälle von diphtheritischem Croup, geheilt durch das Behring'sche Serum.

(„Die Praxis“ 1896. No. 3.)

H. injicierte bei 2 Kindern, welche neben diphtheritischen Membranen schwere stenotische Erscheinungen darboten, das Serum und konnte darnach rasches Verschwinden der Stenosen-

gefahr beobachten. Allerdings war beide Mal vorher Erbrechen eingetreten (bei einem Pat. spontan, beim anderen auf Vin. stib.) und hatte H. auch nebenbei seine frühere Behandlungsmethode der Diphtherie angewandt, die ihm früher stets behufs rascher Loslösung der Membranen gute Dienste geleistet, aber nie den Croup günstig beeinflusst hatte, weshalb er das letztere Factum ausschliesslich dem Serum zuschiebt.

Die erwähnte Therapie, die H. warm empfiehlt, besteht in Eiskravatte, reichlicher Darreichung von frischem Citronensaft (täglich 6—10 Citronen) und $^1/_2$—1stündlicher Ausspritzung mit:

Rp. Kal-chloric. 5,0
Acid. tannic. 30,0
Aq. fervid. 50,0
M. f. inf.
1 Kinderlöffel voll in 1 Viertelliterglas Wasser.

---

77) **W. Steffen.** Diphtheritis faucium. Stenosis laryngis. Tracheotomie. Entfernung eines Spulwurms aus der Kanüle.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XLI, Heft 3/4.)

Das höchst seltene Ereignis, dass Spulwürmer auf ihrer Wanderung vom Rachen her in die Luftwege geraten und hier Stenose veranlassen, beobachtete St. bei einem $3^3/_4$ jährigen wegen Diphtheritis faucium und Stenosis laryngis tracheotomierten Knaben, der nach der Operation die ganze Nacht ruhig atmete, am folgenden Morgen aber plötzlich heftige Atemnot und Cyanose bekam, sodass die Stationsschwester in der Meinung, dass sich Membranen vor die Oeffnung der Kanüle gelegt, mit einem Katheter in die letzteren hineinfuhr; beim Zurückziehen desselben bemerkte sie einen wie eine ausgetrocknete Membran aussehenden Körper aus der Kanüle herausragen, ergriff ihn mit der Pincette und förderte einen 16 cm. langen Spulwurm zu Tage, worauf die Atmung sofort frei wurde. Auf Santonin erfolgte kein weiterer Abgang von Würmern. Wäre der Wurm nicht zufällig auf jene Weise herausbefördert worden und später Exitus des Pat. durch Erstickung erfolgt, so hätte man, falls die Section nicht gemacht worden wäre, an einen Verschluss der Luftröhre durch croupöse Membranen gedacht.

---

78) **Gluck.** Operative Eingriffe am Hüftgelenk.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 7.)

G. demonstriert und bespricht in der Berliner medic. Gesellschaft (5. Februar 1896) einige hierher gehörige Fälle:

1) 5jähriger Knabe, seit 2 Jahren tuberkulöse Fistel am Condyl. ext. femoris, ausserhalb ausgelöffelt, eingeliefert mit Verjauchung des ganzen rechten Beines und des Kniegelenks; Erlaubnis zur Operation erst am 4. Tage nach der Aufnahme. Exarticulatio femoris dextr., Trepanatio proc.-mastoid. dextr. Operation einer ausgedehnten Phlegmone antibrachii dextr., Femoris sinistr., gangränöser Decubitus, Lungeninfarcte, davon einer rechts mit circumscripter Pleuritis 2 mal punktiert; Niereninfarcte, charakterisiert durch stark hämor-

rhagischen Urin, Albuminurie und Formelemente. Im Blute und Urin Staphylococcen in Reinkultur. Jetzt Heilung mit allerdings starker Alteration der Seelenthätigkeit; guter Ernährungszustand.

2) 13jähriges Mädchen, erkrankt Juli 1894, Oktober 94 eingeliefert mit rechtsseitiger Spitzeninfiltration, Otitis med. purul. dextr., Caries oss. ilei dextr., Coxitis dextr., Phlegmone reg. lumb. et glutaeal. dextr., äusserste Cachexie; im Blute Staphylococcen; sehr hohe Temperaturen. Mischinfection. Tuberkulöse Primärerkrankung; sekundäre Osteomyelitis und Phlegmone durch Staphylococcen: In mehreren Sitzungen Resectio coxae mit Ausräumung der Markhöhle des Femur bis zur unteren Epiphyse, Exstirpation des Os ilei mit dem Acetabulum, Entleerung des Beckenabscesses. Stetige Besserung der Lungensymptome unter grossen Creosotgaben. Jetzt Heilung ganz vorzüglich, Pat. läuft, springt und hüpft auf dem kranken, verkürzten Bein. Femurstumpf hat einen Stützpunkt gefunden auf dem horizontalen Schambeinast.

3) 15jähriger Knabe, erkrankt vor 6 Jahren an Coxitis dextr. und Spondylitis im untersten Abschnitte der Brustwirbelsäule, behandelt mit Streckverbänden, Taylor'scher Maschine, Soolbädern und Jodoforminjectionen; allmähliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Vor 3 Jahren Einwilligung zur Resection. In vielen Sitzungen Resection des völlig zerstörten Kopfes und des Acetabulums, schliesslich musste fast die Hälfte der Femurdiaphyse reseciert werden; Beckenabscess durch das Acetabulum ausgeräumt und tamponiert. Grosse Dosen Creosot dauernd, vortreffliche Pflege, Aufenthalt an der See; jetzt seit 1 Jahr sämtliche Fisteln geschlossen, Lungen völlig frei, Gewichtszunahme um 40 Pfd., blühendes Aeussere.

4) 11jähriges Mädchen, vor $3^1/_2$ Jahren aufgenommen mit linksseitiger Coxitis. Behandlung: Jodoforminjectionen, Redressement in Narkose. Nach demselben hohe Temperaturen, Zähneknirschen, unregelmässiger Puls, Erbrechen und Delirien, deshalb Resection, Tamponade; Schwinden des Fiebers und aller Krankheitserscheinungen. Nach 8 Tagen Implantation des Femurstumpfes nach Schede in das Acetabulum, Hautnaht, prima intentio der Wunde. Creosot innerlich. Jetzt Ankylose im Hüftgelenk, Verkürzung $4^1/_2$ cm. Pat. hüpft auf dem resecierten Gelenk, läuft vortrefflich, ist dauernd blühend und gesund.

5) 16jähriges Mädchen mit Hornhauttrübungen, rechtsseitiger Lungeninfiltration, Gonitis sinistra. Jodoforminjection, Stauungshyperämie nach Bier. Darauf sehr erhebliche Schwellung und Fieber, deshalb Narkose. Quere Drainage des Kniegelenks, partielle Synovectomie, Tamponade des Gelenks und des Recessus quadricipritis. Seit dem 31. Januar 1894 mit völlig beweglichem Kniegelenke und gutem Allgemeinbefinden entlassen Geringer Grad von Kapselschwellung, Excursionen des Kniegelenk normal; dient als Mädchen für Alles.

Diese Fälle stellen nur Specimina zahlreicher, erfolgreich im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause behandelter Lokaltuberculosen, insonderheit des Hüftgelenkes dar. G. warnt davor, namentlich für die Praxis in der ärmeren Bevölkerung, die conservativen Methoden, ein so hoher Wert ihnen auch zukommen muss, in extremer Weise zu verwerten. — Was nun ferner die Luxatio iliaca congenita anbelangt, so hat G. mehrere Pat. zwischen 3—5 Jahren mit der von Schede angegebenen Maschine behandelt, einzelne davon mit gutem Erfolge, nachdem vorher in Narkose die unblutige Reposition gelungen war und nun ein Gypsverband in Innenrotation und Abduction angelegt wurde auf 3—5 Wochen. Die Maschine kann warm empfohlen werden. Speziell erwähnt G. noch folgende Fälle:

6) $9^1/_2$jähriges Mädchen mit einer Verkürzung von 9 cm, sehr schlechtem Gang, wurde genau nach Lorenz' Vorschriften operiert, ohne auch nur einen Muskel zu verletzen; primäre Heilung und Gang nach 5 Wochen, vortreffliches Resultat; in der 8. Woche Reluxation, Gang viel schlechter wie vor der Operation. Oktober 1895 zweite Operation, primäre Tamponade, nach 8 Tagen Sekundärnaht, glatte Heilung; aus Vorsicht zur Nachbehandlung Schede'sche Maschine



ohne Extensionsgamasche. Jetzt Verkürzung $2^1/_4$ cm, Atrophie sehr gering, Pat. läuft und hüpft auf dem kranken Bein. Infolge der 2. Operation Gelenk activ wenig beweglich, wird es aber stetig unter mechanischer Behandlung. Gesamtresultat als vortrefflich zu bezeichnen.

7) 15jähriges Mädchen mit einer Verkürzung von 15 cm, wenn der Gelenkkopf auf dem Os ilei in die Höhe geschoben wurde, Gang nur mit Stöcken und Maschine möglich. Operation nach Lorenz. Beckenknochen sehr dünn, sodass er in der ganzen Dicke ausgemeisselt wurde. Kopf und Hals bildeten mit geringem stumpfem Winkel fast die gerade Verlängerung des Diaphysenschaftes, Kopf wird verkleinert und zurechtgeschnitten. Nach der ohne jede Muskelzerschneidung erfolgten Reposition drängt ein Teil seines inneren Segmentes die Beckenfascie vor. Glatte Heilung Nachbehandlung in Schede'scher Maschine. Geht jetzt ohne Maschine mit hoher Sohle. Verkürzung $4^1/_2$ cm, Gelenk fest und ankylitisch, gute Entwickelung der Muskulatur unter elektrischer Behandlung. Resultat als vorzüglich zu betrachten, wenn man das Alter der Pat. und den hohen Grad der Deformität berücksichtigt.

Gelingt es, durch die Operation die Verkürzung in solchem Grade zu heben, gelingt es ferner, in das neu geschaffene Acetabulum den Kopf, wie er sich vorfindet oder zurechtgeschnitten, zu implantieren, sodass die untere Extremität wesentlich verlängert ist und ein Ausweichen des Kopfes auf das Os ilei dauernd ausgeschlossen, dann ist ein ungemeiner Vorteil für den Pat. geleistet, auch wenn die active Beweglichkeit im operierten Hüftgelenk nicht so ausgiebig ist, wie oben. Lässt man die Pat. allzufrüh nach der Operation aufstehen, dann besteht die Gefahr der Reluxation. Aus diesem Grunde ist die Nachbehandlung in einer Maschine nach Schede erwünscht. Massage, Elektrizität, Radfahren und Bäder werden im Laufe von Monaten und Jahren die Muskeln kräftigen und das Wachstum der Extremität in normaler Weise entwickeln. Bei jungen Kindern wird die unblutige Reposition und mechanisch-orthopädische Behandlung vielfach ausreichen; bei älteren Fällen werden wir von der Lorenz' resp. Hoffa'schen blutigen Reposition Gebrauch machen müssen, zum Vorteile unserer Kranken, wie die demonstrierten Fälle wieder beweisen.

---

79) **C. Bayer.** Die Achillorhaphie.

(Die Praxis, 1896. No. 6.)

B. hat 1891 ein Verfahren mitgeteilt, welches es ermöglicht, bei der Vornahme der Achillotomie die Continuität der Sehne zu wahren. Denn es ist gleichgültig, ob man nach vollbrachter Tenotomie als Ersatzsubstanz bloss Bindegewebe oder wirklich Sehne hat. Zumal bei hochgradigen Spitzfüssen, wo nach der queren Tenotomie die Dehiscenz der Schnittenden eine beträchtliche wird, sollte dieser Umstand immer erwogen werden. Heilt auch die Wunde der Sehne nach gewöhnlicher Achillotomie in der Regel so, dass man nach Jahr und Tag kaum noch erkennt, was geschehen ist, so gilt dies doch nur für die angeborenen Klumpfüsse. In Fällen paralytischer Spitz- und Klumpfüsse ist es aber anders: die Ersatzsubstanz zwischen den weit auseinandergewichenen Sehnenenden bleibt immer eine mangelhafte, die ohnedies schlotternden, jeden Haltes entbehrenden Füsse werden dadurch um so schlottriger; bei mangel-

hafter Nachbehandlung sieht man durch Wiederannäherung der Sehnenenden unangenehme Retractionen des Zwischengewebes und erlebt damit parallel Recidive in fehlerhafter Stellung.

Dies bewog also B., statt der üblichen queren Trennung der Achillessehne, insbesondere bei paralytischen Spitz- und Klumpfüssen eine Art Plastik der Sehne zu machen. Es wird die Haut über der durch forcierte Dorsalstreckung angespannten Achillessehne median in vertikaler Richtung in der Länge von 4—5 cm je nach dem Grade des Spitzfusses getrennt und so die Sehne blossgelegt. Ganz genau so spaltet man weiter die Sehne selbst median in zwei gleiche Hälften und trennt dann nach genauer Berechnung der nötigen Länge die eine Hälfte am Tuber Calcanei nach der einen, die andere Hälfte am oberen Ende des spaltenden Längsschnittes nach der anderen Seite quer durch. Auf die Art wird die Sehne ‾|_ förmig discidiert und man hat zwei Sehnenlappen; der eine bleibt im Zusammenhange mit dem Calcaneus, der andere mit dem Muskel. Bei genauer Berechnung berühren sich die gegenseitigen Querschnitte der beiden Sehnenhälften sofort nach vollendeter Discision und werden aneinandergenäht, wobei 2—3 Suturen genügen. Darüber wird der Hautschnitt exact wieder vereinigt und die Extremität in korrigierter Stellung aseptisch versorgt und auf eine Schiene gebunden. Der Verband bleibt 14 Tage liegen; ihm folgt gewöhnlich ein Salbenverband mit derselben Schiene auf weitere 8 Tage, nachher ein gewöhnlicher Charnierstützapparat.

Bei gleichzeitigem Klumpfuss bietet diese Methode zugleich noch den Vorteil, dass man durch Stehenbleiben der äusseren Hälfte der Achillessehne am Calcaneus der Supination entgegenwirken kann. Man hat daher in Fällen die innere Sehnenhälfte am Calcaneus, die äussere oben am Muskel zu trennen.

Die Operation wurde bisher 11 mal ausgeführt, 10 mal wegen paralytischen Spitzklumpfüssen, und zwar bei 6 Mädchen im Alter von 13, 10, 10, 5, 4, 3 Jahren und 4 Knaben wegen derselben Deformität im Alter von 9, 6, 6, $2^3/_4$ Jahren, und einmal bei Narben-Spitzklumpfuss bei einem Mädchen von $10^1/_2$ Jahren. In keinem Falle trat ein Nachteil zu Tage, niemals kam es zu Narbenulceration; vielmehr persistierte die künstlich verlängerte Achillessehne durch die interponierte Naht als derber, fester Strang und gab dem paralytisch-schlottrigen Fuss eine vorzügliche Stütze. Eines der Mädchen, welches im November 1892 (damals 10 Jahre alt) operiert wurde, hat jetzt sogar ihre Stützmaschine ganz abgelegt und tritt mit dem blossen Fuss ganz vorzüglich auf.

---

80) **W. Bittner.** Ueber tiefe Halsphlegmonen.

(Aus Bayer's chirurg. Abteilung des Kaiser Franz-Joseph-Kinderspitales in Prag.)

(Die Praxis, 1896. No. 4.)

So nennt B. jene acute entzündliche Processe der Halsregion, die, scheinbar genuin entstehend, unter mehr oder minder schweren Allgemeinerscheinungen sich entwickeln und wegen ihrer

Lokalisation zu bedenklichen Erscheinungen führen, ja, verkannt oder zu spät behandelt, tödlich enden können. Es handelt sich um septische Processe, die, abgesehen von der direkten Infection einer Halswunde, teils durch Invasion des Virus auf dem Wege der Blutbahn entstehen, also allgemein inficierte Individuen befallen, teils durch Invasion auf dem Wege des Lymphstromes. Da sind es vor allem die Entzündungen des Tonsillen und des Pharynx mit seinen zahlreichen adenoiden Einlagerungen, die der Ausgangspunkt jener Phlegmonen werden können. Letztere Form wird hauptsächlich im Kindesalter beobachtet, und zwar meist im zartesten, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass eben die ursächlichen Anginen u. s. w. sich der Beobachtung der Angehörigen, daher auch einer rechtzeitigen Behandlung meist entziehen. Es giebt freilich auch andere Infectionsherde: so war bei dem einen Falle, wo die Abscesshöhle unter dem Sternocleidomast. längs der Gefasse bis in die Nähe des Processus mastoid. verlief, seit 3 Wochen eitriger Mittelohrkatarrh vorhanden, sodass es wahrscheinlich von hier aus in Form einer Lymphangoitis zur Infection der tieferen Lymphdrüsen und Gewebe gekommen war. Das Virus wird vermöge des Lymphstromes zu den tieferen, prävertebralen und perivasculären Lymphdrüsen geführt. In Form einer Lymphangoitis überfällt die Entzündung die Lymphdrüsen. Die nun folgende eitrige Lymphadenitis führt durch Einschmelzung der Drüsenkapsel rasch zur Infection des Zellgewebes, in dessen lockeren Schichten die Entzündung einen phlegmonösen Charakter annimmt. Es tritt rapid ödematöse Schwellung der ganzen Halsseite ein. Teils durch das mechanische Moment der Anschwellung, teils durch die Circulationsstörungen infolge der Entzündung kommt es zu Störungen der benachbarten und eingelagerten wichtigen Organe, Atem- und Schlingbeschwerden, Compression der grossen Gefässe und Nerven (bei einem Fall Pulsverlangsamung!), es kann zu Glottisödem kommen. Der Eiter kann in den Digestions- und Respirationstractus perforieren, durch Aspiration Tod veranlassen, es kann sich ins Mediastinum senken und eitrige Mediastinitis und Pleuritis veranlassen, kurz die Gefahren sind nicht geringe. Nach aussen perforiert der Eiter selten. Es ist aber die Gegend zwischen vorderem Rande des Sternocleidomast. und der Medianlinien resp. den Winkel ungefähr, den obengenannter Muskel mit dem Omohyoideus bildet, wo der Eiter der Haut näher tritt und dann Fluctuation nachzuweisen ist. In solchen Fällen wird schon bei der Eröffnung der tiefen Halsfascie am vorderen Rande des Kopfnickers die Eiterhöhle erschlossen. Aber auch wenn eine Dämpfung über dem hinteren, oberen Mediastinalrande eine beginnende Mediastinitis anzeigt, wirkt der operative Eingriff oft noch lebensrettend.

Das Krankheitsbild ist meist ein ganz typisches. Das Kind erkrankt bei scheinbar bestem Wohlbefinden, es wird unruhig, schluckt und atmet schlecht, fiebert. In kurzer Zeit bemerkt man eine diffuse Anschwellung der einen Halsseite, die sogar in wenigen Stunden so hochgradig werden kann, dass die Haut gespannt, glänzend erscheint. Auffallend ist das blasse, cyanotische Gesicht der Kinder. Hiezu gesellen sich oft Erscheinungen von Glottisödem; die Stimme hat

einen eigentümlichen, hohen, schrillen Ton. Die Atmung mühsam, Puls äusserst frequent und schwach. Die anfangs diffuse Anschwellung zieht sich zusammen, man constatiert längs des Kopfnickers eine längliche, nicht fluctuierende Geschwulst, die den Eindruck einer Struma macht (nicht selten denkt man auch an rasch wachsende Geschwülste). Die Pat. collabieren immer mehr, septische Allgemeinerscheinungen, abendliche Temperatursteigerungen, Exitus, falls nicht Hülfe kommt.

Eine typische Operationsmethode giebt es nicht. Der Umstand jedoch, dass der Abscess meist längs des vorderen Randes des Kopfnickers an die Oberfläche drängt, zeigt den Weg an: man legt durch ausgiebigen Schnitt zunächst den vorderen Rand der Muskel bloss. Von da aus geht man stumpf in die Tiefe, die Abscesshöhle breit zu erschliessen. Bisweilen sitzt der Eiterherd sehr tief oder man findet gar keinen Eiter, sondern in der Tiefe eine seröse, blutige Flüssigkeit. Hier muss man vorsichtig praeparando vorgehen.

Der Eingriff ändert mit einem Schlage das Krankheitsbild, das Fieber fällt, das Aussehen wird ein frischeres, in kurzer Zeit sind die Pat. wieder hergestellt.

---

81) **H. Sternfeld.** Ein geheilter Fall von akuter Osteomyelitis der linken Hand.

(Münchener medic. Wochenschr. 1896. No. 9.)

Am 4. November 1889 erkrankte ein 13jähriges Mädchen plötzlich, nachdem Tags zuvor bloss über ziehende Schmerzen in der linken Hand geklagt worden war, unter den schwersten typhösen Erscheinungen, während sich die Schmerzen in der Hand kolossal steigerten, ohne dass zunächst äusserlich hier das Geringste wahrgenommen werden konnte; bloss bei Berührung, besonders der Gegend des Metacarpus des Zeigefingers, bestanden die heftigsten Schmerzen, sodass die Hand nicht die leiseste Bewegung oder Berührung gestattete. Tags darauf aber schon starke Schwellung des Handrückens, bis auf das Handgelenk und den Vorderarm sich erstreckend, wobei die oberflächlichen Weichteile noch ganz unverändert waren, abgesehen von der teigigen, ödematösen Infiltration und dem stärkeren Hervortreten der Hautvenen. Von Tag zu Tag Zunahme der Schwellung der Hand und des Armes, ebenso der Allgemeinerscheinungen. Am 6. Tage ausgiebige Spaltung der Streck- und Beugeseite der Hand und des Armes; sämtliche Knochen des Metacarpus und Carpus, sowie Radius und Ulna im unteren Drittel durch den massenhaften Eiter von Periost entblösst. Nachlass der Schmerzen, auch bald der schweren Allgemeinerscheinungen, die aber immer noch so gefahrdrohend waren, dass an Amputation gedacht wurde. Doch jetzt sichtliche Besserung, die nekrotischen Knochenteile stiessen sich allmählich ab, und am 30. Mai 1890 waren sämtliche Wunden ohne Fisteln geschlossen. Am 28. Januar wurde der Metacarpus des Zeigefingers, am 8. Februar 2 Handwurzelknochen (Kopf und Hakenbein) mit der Kornzange entfernt (weil vollständig nekrotisiert), im weiteren Verlauf stiessen sich noch zahlreiche andere Knochenteile spontan ab, resp. wurden sie künstlich entfernt. Die Wiederherstellung der Function der Hand gedieh soweit, dass Pat. seit Jahren wieder mit derselben Klavier spielt Der Daumen kann vollständig, der Zeigefinger bis zur Hälfte, die übrigen 3 Finger nicht so stark gebeugt werden; also eine Faust zu machen, ist der Pat. unmöglich, sonst aber gebraucht sie ihre Hand so, wie die andere, obwohl jene natürlich in Folge der durch die Nekrose der Knochen entstandenen Defecte, insbesondere durch die Epiphysenerkrankung der Metacarpalknochen und an Radius und Ulna, sowie durch das Fehlen an 4 Handwurzelknochen im Wachstum zurückgeblieben ist. Im übrigen ist die Hand bis jetzt geheilt, Pat. gesund geblieben.



Jetzt, nach 6 Jahren, wurden nun die Heilungsresultate mit Hülfe der Röntgen'schen Strahlen controliert. Erkrankt waren doch: 1. die 4 Metacarpalknochen vom Zeige-, Mittel-, Ring- und Kleinfinger, und zwar hat sich der erste fast in toto, von den mittleren zweien die unteren Epiphysen und vom letzten ein grosser Teil der Diaphyse und die untere Epiphyse nekrotisch abgestossen. Der auf diese Weise fast vollkommen eliminierte Metacarpus des kleinen Fingers hat sich vollkommen wieder ersetzt, ebenso sieht man die Epiphysen des Metacarpus des Zeigefingers und die sich entgegenwachsenden Diaphysenteile, doch kam es zu keiner vollkommenen Annäherung dieser neugebildeten Knochen mehr und es bildete sich hier eine Pseudarthrose, welche für die bessere Beweglichkeit des um 2 cm hierdurch verkürzten Zeigefingers sehr wichtig ist. 2. Von den Handwurzelknochen sind nur drei ganz unversehrt geblieben: das Erbsenbein, das dreieckige und das Mondbein. Von den übrigen fünf haben sich Teile des grossen vieleckigen (und vielleicht noch Reste vom Kahnbein) erhalten, welche (an Stelle der verlorenen Gelenkverbindung des Os naviculare mit dem Radius) die Gelenkverbindung mit dem Radius herstellen; an Stelle der übrigen 4 Handwurzelknochen, die sich fast in toto nekrotisch abgestossen haben, sieht man die Lücken als helle Flecken: bindegewebige Narben, in denen teilweise Knochenneubildung sichtbar ist. Radius und Ulna, bei denen es bloss zur Periostitis, nicht zur Nekrose und Diaphysenlösung gekommen ist, sind dennoch im Wachstum zurückgeblieben, sind dünn und verkürzt.

Eine derartige multiple Erkrankung an akuter Osteomyelitis, besonders der kurzen Knochen, ist ungeheuer selten. Sie ist nur bei jugendlichen Personen vor Abschluss des Wachstums beobachtet worden, meist aber an 2 Herden, seltener schon an 3—4 Herden. Hier handelte es sich um 11 Knochen!

Bei der Aetiologie (jedes Trauma, jede Infection fehlte) ist interessant, dass Pat. kurz vor der Erkrankung ca. 3 Wochen an Icterus catarrhalis litt. Wahrscheinlich ist der Darm also die Eingangspforte des Infectionsstoffes gewesen.

---

82) **L. Isnardi.** Behandlung des paralytischen Klumpfusses mittelst Osteoplastik verbunden mit Arthrodese.

(Centralblatt für Chirurgie 1896. No. 12.)

I. schiebt die unbefriedigenden Resultate der Arthrodese bei paralytischem Klumpfuss darauf hin, dass bei rechtwinkliger Stellung zum Unterschenkel zwischen Sprungbein und Unterschenkelknochen ein leerer Raum bleibt, der die knöcherne Ankylose verhindert. I. fand 4 Monate nach einer solchen Operation bei Eröffnung des Gelenkes zwischen den Gelenkflächen einen 3 cm tiefen Raum in Form eines mit der Basis nach vorn gerichteten Keiles und kam auf den Gedanken, diesen Raum mit einem einige Minuten vorher einem anderen Kinde bei der Astragalektomie entnommenen Sprungbein auszufüllen. Er befreite also dieses Sprungbein vom

Knorpel, schnitt es mit einem starken Messer zu einem Keile, trieb diesen in den leeren Raum ein und befestigte ihn mit Eisendraht. Letzterer brachte an einer Stelle Ulceration der Haut hervor, weshalb er nach 1 Monat entfernt wurde, gleichzeitig mit einigen sandkorngrossen Sequestern. Hierbei ergab sich, dass der implantierte Knochen von zahlreichen kleinen Gefässen durchzogen war. Schnelle Heilung. Aehnlich bei einem 2. Falle, wo ebenfalls ein anderweitig entferntes Sprungbein implantiert und Heilung per primam erzielt wurde. Beidemale ausgezeichnetes Resultat; vollständige knöcherne Ankylose beim ersten Falle, beim zweiten Beweglichkeit von 25°. Gehen befriedigend. Seit der Heilung 16 resp. 12 Monate verflossen.

I. schreibt dem menschlichen Knochen bei der Implantierung keine besondere Bedeutung bei. Es handelt sich darum, einen Fremdkörper einzuführen, der ein Tierknochen oder sonstwas sein kann; derselbe hat nur die Invasion des Bindegewebes zu verhindern und die Knochenneubildung anzuregen, indem er gewissermassen als Gerüst dient.

---

83) **Milliken.** Eine neue operative Behandlungsmethode der Fussdeformität bei infantiler Paralyse.

(Med. Record, 26. Oktober 1895. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 30.)

Die Methode besteht in Implantation der Sehne eines intakten Muskels in die des gelähmten. M. hat diese Operation in einem Falle mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt. Pat., ein 9 jähriger Knabe mit rechtsseitigem, nach Poliomyelitis aufgetretenen Pes equino — varus paralyticus, zeigte vorzugsweise Lähmung des M. tibial. antic. M. legte nun durch einen Längsschnitt auf der Dorsalfläche des Fusses die Sehne dieses Muskels, sowie die des Extensor propr. pollic. frei, eröffnete die Sehnenscheiden und löste von jeder einen etwa 1 Zoll langen Lappen in der Weise los, dass derselbe beim Tibial. antic. centralwärts durchtrennt und peripher im Zusammenhang gelassen wurde, beim Extensor propr. pollic. umgekehrt. Darauf Vereinigung der beiden Sehnenscheidenlappen durch Catgutsuturen, ebenso der durchschnittenen Sehnenscheiden selbst. Redressement des Fusses und Immobilisierung durch Heftpflasterstreifen. Täglich passive Bewegungen. Nach 6 Wochen Heilung; Pat. war imstande, den Fuss in normaler Weise zu gebrauchen, was noch 2 Jahre nach der Operation in gleicher Weise der Fall war, wie eine jetzt vorgenommene Untersuchung lehrte.

---

84) **Kronacher.** Zum gegenwärtigen Stand der Osteoplastik.

(Münchner medic. Wochenschrift 1896. No. 12.)

K. verfügt über eine gelungene Elfenbeinimplantation der Fibula.

Einem $5\frac{1}{2}$ jährigen Knaben wurde wegen eines von der Fibula ausgehenden Sarcoms ca. $\frac{3}{4}$ dieses Knochens reseciert. 5 Tage später invaginierte K. einen 15 cm langen, soliden Elfenbein-

stab mit einem Dickendurmesser von 7 mm in die restierenden Knochenteile; oben waren noch 3 cm der Diaphyse unter dem Caput fibulae, unten der Malleolus stehen geblieben. Seitlich waren zur Fixation, resp. zur Aufnahme der von der Umgebung einwuchernden bindegewebigen Stränge eine Anzahl punktförmiger Löcher, je 1 cm von einander entfernt, in entgegengesetzter Richtung verlaufend, angebracht. Die Invagination, nach vorheriger Ausräumung der Markhöhle, war leicht, eine Naht nicht nötig, Secretstauung nicht zu befürchten, da für Abfluss zwischen Prothese und Knochenwandung gesorgt war. Volkmann'sche Schiene, dann Gypsverband. Keinerlei Reaction.

2 Monate später konnte sich K. bei Exstirpation eines kleinen Recidivs in den Weichteilen überzeugen, dass die Prothese bereits eingeheilt war, vollkommen fest sass. Eine callusähnliche Masse war weder oben noch unten fühl- resp. sichtbar. Bei Freilegung des Elfenbeinstückes war dasselbe von einer derben, periostähnlichen Membran dicht umgeben, von welcher eine Anzahl Bindegewebsstränge durch die seitlichen Oeffnungen gewuchert war. Nach unten war der im Malleolus fixierte Teil von einer knorpelähnlichen Masse gut wallnussgross umgeben.

3 Wochen später hatte sich ein zum Teil die Tibia zerstörendes, ausgedehntes Recidiv gebildet, welches die Amputation nötig machte. Das Präparat bot jetzt folgende Verhältnisse dar: Das invaginierte Elfenbeinstück fest eingewachsen, an der oberen Vereinungsstelle mit dem Diaphysenreste kaum von diesem zu unterscheiden; eine 4—5 mm dicke Knochenschicht umgiebt diese Stelle auf eine Strecke von 3 cm, besonders hinten und seitlich, die vordere Partie wird nicht ganz gedeckt. Am Malleolus Prothese von einer etwa wallnussgrossen, knorpelähnlichen Schicht umgeben. Eine periostähnliche, 1 mm starke Membran hüllt das Elfenbeinstück mit dem Fibularrest allenthalben dicht ein, derbe, bindegewebige Stränge in die seitlichen Löcher sendend; das Sarcom stellenweise an das Elfenbein herangewuchert, im obersten Teil 2 cm lange Strecke des letzteren usuriert.

---

85) **N. P. Marjantschik.** Ein Fall von Laparotomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbelicalis.

(Centralblatt für Gynäkologie 1896. No. 13.)

Fälle von Laparotomie bei Neugeborenen sind äusserst selten, die durch Nabelschnurbrüche verursachten noch seltener. In der Litteratur finden sich seit dem Jahre 1836 nur 31 Fälle. Der 32. ist der vorliegende, bei dem das am 20. Juni um 5 Uhr 40 M. morgens geborene Kind am 21. Mai um 12 Uhr 55 M. mittags operiert wurde. Die apfelgrosse Geschwulst reichte fast bis zum Processus ensiformis sterni nach oben, der untere Rand ging in die Nabelschnur über; der grösste Durchmesser des Hautdefects betrug der Länge nach 8 cm, der Breite nach 6 cm. Das Abpräparieren des Amnion war schwierig. Da der Mumificationsprocess schon

angefangen hatte, war das Amnion schon hart, brüchig und liess sich schwer von dem unterliegenden Bindegewebe trennen; es riss stellenweise zusammen und mit ihm das Peritoneum. Letzteres wurde daher im ganzen Umkreise entfernt: da begannen die Baucheingeweide, die Leber, die fast den ganzen Bruchinhalt bildete, Omentum und die Gedärme mit grosser Kraft aus dem unteren Winkel des Defektes, unter der Leber herauszufallen. Am 5. Tage trat der Exitus letalis ein, den M. den unglücklichen Zufällen bei der Operation zuschreibt. Er rät, gleich nach der Geburt zu operieren, solange noch die Schicht der fast flüssigen Wharton'schen Sülze eine leichte Abpräparierung des Amnions von dem Peritoneum begünstigt. Die zuverlässigste und beste Methode ist noch die Laparotomie. Ungeachtet dessen, dass durch diese Operation wirklich eine Radikalheilung erfolgt dadurch, dass fürs Zudecken des Defektes nicht nur die Haut allein, sondern auch alle Bestandteile der Bauchhüllen angewandt werden, ungeachtet dessen giebt sie auch weniger Todesfälle, als z. B. die weniger vollkommene Operation der Percutanligatur; 32 Fälle, durch Laparotomie operiert, gaben 7 Todesfälle (21,87 %). Das ist ja noch etwas viel; aber man bedenke das zarte Alter der Pat., ferner, dass wohl nicht alle Todesfälle der Operation zufallen mögen. Die Operation hat aber auch Unannehmlichkeiten, so vor allem das Herausfallen der Eingeweide; unter 4 Fällen, wo dies eintrat, 3 Todesfälle! Die herausgefallenen Eingeweide erkalten und trocknen aus, solche Insulte können schon allein letalen Ausgang bedingen, abgesehen von der Infectionsgefahr. In M.'s Fall prolabierten die Eingeweide in dem Augenblicke, als das Peritoneum in der ganzen Ausdehnung des Nabelbruchs weggenommen wurde. Um das zu vermeiden, soll man lieber so vorgehen: das Auffrischen der Ränder von dem Eröffnen des Peritoneum anfangen. Damit beginnend, z. B. im oberen Winkel des Defektes, es von beiden Seiten auf 1—2 cm führen, danach auf eben solcher Ausdehnung der angefrischten Ränder sich haltend, das Peritoneum öffnen und die angefrischten Stellen der Ränder durch Knopfnähte verbinden. Die kleine Oeffnung kann leicht durch einen Finger verschlossen werden.

Die Section obigen Falles ergab: Peritonitis und acute Gastrocolitis. Erstere ist jedenfalls auf Rechnung der Insulte zu setzen, denen die prolabierten Eingeweide ausgesetzt waren, letztere schiebt M. auf den Cognac, der dem Kinde wegen der grossen Schwäche gereicht worden war. Er wurde vom 3. Tage an gegeben. Vom 23. Mai 3 Uhr 35 M. bis zum 24. Mai 11 Uhr morgens wurden einige Male 2 Tropfen intern und 1 mal 10 Tropfen per klysma gegeben, am 4. Tage noch 5 Tropfen per klysma und ebenso am 5. Tage. Da gerade die ersten speiseverarbeitenden Wege, Magen und Dickdarm, afficiert sind und Blutergüsse aufweisen, so ist dieser Zusammenhang klar. Bekanntlich hat man schon Todesfälle bei einfacher Gastroenteritis der Kinder beobachtet; kein Wunder, dass hier Gastrocolitis zusammen mit Peritonitis den unglücklichen Ausgang bedingten.

Nabelschnurbrüche vereinigen sich manchmal mit Entwickelungs-

anomalien anderer Organe. Hier fand sich eine rudimentäre Milz, ein bisher noch nicht verzeichneter Befund.

M. stellt zum Schluss folgende Sätze auf.

1) Operieren soll man in allen Fällen der Hernia funiculi umbelical. bei lebensfähigen Kindern.

2) Die Operation muss man möglichst früh unternehmen.

3) Die Methode der Operation muss der Grösse des Defekts in der Bauchwand und dem Vorhandensein von Adhärenzen entsprechen.

4) Die Methode der Perkutanligatur hat als eine blinde und einen unnützen Gewebsverlust nach sich ziehende keine Zukunft.

5) Die richtigste Methode bleibt die Laparotomie.

6) Das zarte Kindesalter contraindiciert das Darreichen von Alkohol, sogar in Minimaldosen.

7) Zu den mit dem Nabelschnurbruche vorkommenden Entwickelungsanomalien gehört auch die rudimentäre Milz.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

15) **Inbetreff des Diphtherie-Heilserums** macht die Fabrik Farbwerke vorm. Meister, Lucius u. Brüning in Höchst a. M. Folgendes bekannt:

„Von der Controlnummer 255 (Operationsnummer 429) ab verwenden wir zur Füllung unserer Fläschchen nur noch solches Serum, das in einem ccm 250 Immunisierungseinheiten enthält (statt wie bisher 100—150). Die Füllung der Fläschchen mit unserem gewöhnlichen Diphtherie-Heilmittel ist dann folgende:

No. 0. Fläschchen mit gelbem Etikett
à 0,8 ccm. 250fach = 200 I.-E. = Immunisierungsdosis.

No. I. Fläschchen mit grünem Etikett
à 2,4 ccm. 250fach = 600 I.-E. = Einfache Heildosis.

No. II. Fläschchen mit weissem Etikett
à 4 ccm. 250fach = 1000 I.-E. = Doppelte Heildosis.

No. III. Fläschchen mit rotem Etikett
à 6 ccm. 250fach = 1500 I.-E. = Dreifache Heildosis.

Bei dieser Verringerung der Serummenge schwinden alle Bedenken bezüglich des Carbolsäuregehalts.

Eine Preiserhöhung tritt nicht ein.

Die Fläschchen unseres mit „Hochwertig“ bezeichneten Diphtherieheilmittels werden wie bisher mit solchem Serum gefüllt, das in einem ccm 500 resp. 600 I.-E. enthält.“

16) **Die Diphtheriesterblichkeit im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin** ist, wie der Jahresbericht ergiebt, seit Anwendung des Heilserums beträchtlich gesunken. Früher durchschnittlich 37,6% betragend, fiel sie 1894 auf 27,5% und 1895 bei 538 Fällen gar auf 11,2%. Von 460 immunisierten Kindern erkrankten 18, aber nur leicht, und keiner der Immunisierten starb.

17) **Tannigen** wird auch von Prof. Dr. Biedert (Hagenau) jetzt empfohlen. Derselbe hat von ziemlich kleinen Dosen, z. B. bei Kindern bis zu 3 Jahren selten mehr, als 3mal täglich à 0,1, bereits Erfolge gesehen. Er giebt das Mittel $^1/_2$—1 Stunde nach der Mahlzeit, weil dann die Milchsäurebildung aus der eingeführten Milch so weit gediehen ist, dass man auf dauerndes Unlöslichbleiben des Pulvers in dem sauren Gemisch rechnen kann und so der inerte Stoff aufgespart bleibt, bis er am richtigen Ort seine Wirkung entfalten kann.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 12.)

18) **11jähriger Knabe mit Alopecia areata** wird von Gerson vorgestellt (Dermatol. Vereinigung zu Berlin, 11. Februar 1896). Mitte März v. J. bildeten sich auf dem Hinterhaupte 2 kreisrunde kahle Stellen, und nach Verlauf von 3 bis 4 Monaten waren alle Kopfhaare ausgefallen. Alle antiparasitären und irritierenden Medicamente blieben erfolglos. Aetiologisch giebt der Vater des Pat. an, dass letzterer im Sommer jeden Tag kalte Wasserstrahlen aufs Hinterhaupt habe einwirken lassen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXII No. 7.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

9) **E. Thomas.** Hygiene der Kindheit.

Frankfurt a. M. 1895, Johannes Alt. (Preis: M. 1.)

Das von Dr. F. Schmey aus dem Französischen ins Deutsche übertragene Büchlein ist für Laien bestimmt und soll den Hauptzweck haben, Vorurteilen derselben entgegenzutreten und die für das körperliche und geistige Wohl des Kindes verhängnisvollen Irrtümer zu bekämpfen. Diesen Zweck hat der Autor auch erreicht und dürfte der Arzt mit gutem Gewissen diese Blätter in die Hände seiner Clientel geben können. Die einzelnen Kapitel handeln von der Ernährung, dem Zahnen, der Hautpflege, der Hygiene der Bekleidung, vom Schlafzimmer, vom Gehirn, von der Pflege des Nervensystems u. s. w. und bringen kurz und klar allein das, was den Müttern zu wissen not thut.

10) **Schmidt-Monnard.** Ueber die zweckmässige Ernährung junger Kinder.

Berlin, Elwin Staude. 1896. (Preis: M. —.30.)

Mit einem Kapitel der Hygiene der Kindheit, und zwar unzweifelhaft dem wichtigsten, beschäftigt sich auch dieses Werkchen, das gleichfalls dazu dienen soll, den Eltern in die Hand gegeben zu werden, damit die mündlich gegebenen Anordnungen des Arztes ergänzt und fester eingeprägt werden. Der Autor hat es verstanden, auf wenigen Seiten das Wichtigste einer rationellen Ernährungsweise in populärer, aber doch auf der Höhe der Wissenschaft bleibender Form auseinanderzusetzen und eindringlich auf das hinzudeuten, was jungen Kindern gegeben, was nicht gegeben werden soll, wenn sie gesund bleiben sollen. Auch für eintretende Krankheitsfälle wird kurz das Wissenswerte ins Treffen geführt.

11) **H. Neumann.** Aerztliche Anweisungen für die Mütter kranker Kinder.

Berlin 1895, Oscar Coblentz. (Preis: M. 1,50.)

Der bekannte Berliner Kinderarzt hat hier durch Verwirklichung einer ganz originellen Idee dem Praktiker ein Mittel zur Verfügung gestellt, um die bei einzelnen Krankheitszuständen mündlich gegebenen Anordnungen dem Gedächtnisse der Eltern fester einzuprägen. Es sind 52 bedruckte Zettel, welche mit Anweisungen über je eine öfter vorkommende Affection oder über bestimmte Dinge wie „Luft im Zimmer“, „Umschläge“, „Klysma“ u. s. w. versehen sind. Je 100 Stück dieser einzelnen Formulare sind so billig, dass man sie ganz gut in der Praxis benutzen kann, ohne seinem Geldbeutel zu viel zuzumuten. Die kleine Ausgabe rentiert sich aber durchaus, wenn man bedenkt, wie das gesprochene Wort leicht zu einem Ohr hinein und zum anderen heraus geht, sodass die ganze Therapie dadurch in Frage gestellt wird. Haben die Eltern aber zu Haus alles noch einmal schwarz auf weiss, dann kann man doch wenigstens ziemlich sicher sein, dass die Intentionen berücksichtigt werden. Die Vorschriften des Autors decken sich mit den allgemein üblichen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, und sind recht zweckmässig und einfach abgefasst. Sie werden den Kollegen gewiss in vielen Fällen erspiessliche Dienste leisten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Ramm & Seemann in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. 1. Juli 1896. No. 4.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten.

6) Zur Behandlung der Diphtherie ohne Heilserum.

Von
Dr. **Steinhardt,**
Namslau.

Es mag manchem unzeitgemäss erscheinen, wenn heutigen Tages über Diphtheriebehandlung ohne Heilserum geschrieben wird, zumal die Behandlungserfolge in der serumlosen Zeit dem Anscheine nach grossenteils weit schlechtere waren. Sie waren es aber eben nur grossenteils, nicht durchweg; und diejenigen Aerzte, welche vor dem Erscheinen des Serum über mindestens ebenso gute Behandlungserfolge sich freuen durften, wie sie jetzt von der Serumtherapie berichtet

werden, haben um so mehr die Pflicht, ihre bewährten Methoden in Ehren zu halten und das Recht sie zu empfehlen, als gerade sie es am schwersten empfinden müssen, zum gehorsamen Diener des kategorisch Serumbehandlung fordernden Publikums und zum verdienstlosen Handlanger des Erfinders und der Fabrikanten herabgedrückt zu sein, und weil die Wirksamkeit des Serum denn doch noch strikterer Beweise bedarf, als bisher vorliegen. Und da es ausserdem vorkommen kann, dass einmal im Bedarfsfalle gerade nur ein schon verdorbenes Serum oder gar keines bereit steht, ist es nützlich, eine Methode an der zu haben, die als sehr wirksam erprobt und mit keinerlei Gefahren für den Kranken verbunden ist.

Vorerst einige allgemeine Betrachtungen. In jeder Diphtherieepidemie, sie mag sich weiterhin als gut- oder bösartig erweisen, ist anfangs die Sterblichkeit am grössten, weil in den meisten Fällen die Aufmerksamkeit der Eltern im Beginn einer Epidemie erst dann rege wird, wenn sich Larynxstenose entwickelt hat. Sobald das Publikum erst aus der sich auch in vermögenden und gebildeten Kreisen sehr bemerkbar machenden Indolenz durch einige Todesfälle aufgerüttelt ist, bringen die Leute nicht blos die Diphtheriekranken sehr zeitig, oft schon, ehe noch charakteristische Beläge sichtbar sind, sondern überhaupt alle nicht ganz gesund erscheinenden Kinder in ärztliche Behandlung, so dass der wichtigsten Forderung, der des zeitigen Eingreifens, genügt werden kann. Dann sinkt die Sterblichkeitsziffer immer rasch, weil im Beginn der Erkrankung so ziemlich jedes lokale Mittel wirksam ist, woraus sich unschwer die Thatsache erklärt, dass oft recht wunderliche Mittel und Methoden als unfehlbar wirksam empfohlen worden sind. An diesem Verhältnis, der grossen Mortalität im Beginn von Epidemien und bei sporadischen Fällen, wird auch das Heilserum selbst bei anerkannt specifischer Wirkung wenig ändern. Des weiteren darf nicht ausser acht gelassen werden, dass so ziemlich in allen Berichten über Erfolge mit Heilserum von einer nebenbei geübten lokalen und allgemeinen Behandlung die Rede ist; wenn hierbei manchmal besonders hervorgehoben ist, dass die Lokalbehandlung mit Absicht so indifferent als möglich gewählt worden sei, so will das wenig bedeuten, da die Lokalbehandlung jederzeit und ganz besonders im Beginn sehr viel leistet. In solchen Fällen von Combination der Serumbehandlung mit lokaler und allgemeiner Therapie (und lokal und allgemein dürften bisher wohl alle der Seruminjection unterworfenen Diphtheriekranken behandelt worden sein) ist vorläufig die Frage erlaubt, was denn eigentlich geholfen habe. Da ausserdem Fälle unzweifelhafter Diphtherie ohne jede Behandlung heilen können, darf ein rechter Skeptiker, wenn zufällig auf eine Seruminjection eine der auf das Serum bezogenen Affectionen folgt, dreist behaupten, dass das betreffende Kind möglicherweise, wenn man es mit Serum, lokaler und allgemeiner Behandlung verschont hätte, schneller und ebenso sicher genesen wäre.

Ein stringenter Beweis für die Wirksamkeit und Specificität des Heilserums wird erst dann erbracht sein, wenn sehr viele Fälle klinisch sicher gestellter Diphtherie ausschliesslich durch Application des Serum allein, ohne jede lokale und allgemeine Behandlung

werden geheilt worden sein, ohne Rücksicht darauf, in welchem Stadium der Krankheit sie in Behandlung kommen; natürlich dürfen weder Sepsis noch Herzschwäche, noch auch Larynxstenose einen so hohen Grad erreicht haben, dass jede Hilfeleistung zu spät kommt. Diesen Beweis zu liefern, kann natürlich nie Sache der mit vollem Recht auf ihr Renommée eifersüchtigen Stadt- und Landärzte sein; die Krankenhäuser sind vielmehr allein imstande und nicht blos berechtigt, sondern auch verpflichtet, in einer so wichtigen Sache mit allen Mitteln nach Erkundigung der Wahrheit zu streben. So lange der geforderte Beweis aber nicht erbracht ist, darf kein gewissenhafter Arzt es unterlassen, neben der Seruminjection eine bewährte Methode anzuwenden.

Als solche möchte ich zunächst und in erster Linie die von Herrn Dr. A. Hennig in Königsberg*) angegebene, den Herren Kollegen ins Gedächtnis zurückrufen und aufs neue eindringlich empfehlen. Sie besteht in kurzen Worten in folgendem: „Patient erhält während der Krankheit dauernd Tag und Nacht einen mit Eis gefüllten Rinderschlund, resp. wurstförmigen Eisbeutel um den Hals, jede Viertelstunde und später, wenn der Process sich bessert, $^1/_2$—1 stündlich Kalkwasser zu gurgeln und zu schlucken, resp. letzteres allein, aber dann mindestens 20 gr. jedesmal; bei starken Schlingbeschwerden Eisstückchen zu schlucken. Daneben Kali chloricum innerlich, bei hohem Fieber Antipyrin resp. Antifebrin. Dazu Sorge für Stuhlgang und kräftige Ernährung; endlich muss für Zufuhr frischer Luft gesorgt werden. Das Kalkwasser wird ebenfalls bei Larynxdiphtherie angewandt, hier sowohl innerlich, als auch, wenn angängig, lokal mittels Zerstäubers; ebenso als lokales Mittel bei Diphtherie an anderen Stellen, z. B. auf der Conjunctiva oder Vagina. In neuerer Zeit ist, wie Herr Hennig mir mitzuteilen die Güte hatte, eine Modification dahin getroffen worden, dass an Stelle des Kali chloricum innerlich Liqu. ferri sequichlorati und statt der Eisstückchen Eiswasser mit Citronenschnitten gegeben wird. Die Sterblichkeit hat bei 1774 derartig behandelten Fällen von Diphtherie 3,1°/₀, betragen, ein Resultat, das glänzend genannt werden muss und einen Vergleich mit den Ergebnissen der Serumbehandlung nicht zu scheuen braucht. Eine Behandlungsmethode, die so gute Erfolge zeitigt, bedarf keiner theoretischen Begründung und weitschweifigen Lobrede.

Wenn ich nunmehr eine von mir bereits vorher selbständig theoretisch zurechtgelegte, aber erst nach Erscheinen des erwähnten Hennig'schen Aufsatzes praktisch angewandte und erfolgreich befundene Methode beschreibe, so geschicht es lediglich, um zur Erörterung einiger für die Behandlung der Diphtherie und die Auswahl der Mittel wichtiger Fragen eine Basis zu gewinnen.

Diese Methode also, welche in den wesentlichen Punkten mit der Hennig'schen übereinstimmt und sich darum als Modification derselben charakterisiert, ist folgende:

---

*) „Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphtheritis" (Nr. 7 u. 8. der Berliner klinischen Wochenschrift, Jahrgang 1889) u. „Ueber Diphtherie und Croup in Ostpreussen." Vortrag, gehalten auf dem VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie zu Budapest.

Zu Beginn der Krankheit reiche ich, wenn nicht innerhalb der letzten 24 Stunden reichlicher Stuhlgang erfolgt war, ein Abführmittel, am liebsten Calomel. Als lokales Mittel kommt Kalkwasser zur Verwendung; es wird rein und unverdünnt jede halbe Stunde ein grosser Esslöffel davon langsam in kleinen Schlucken getrunken; wer gut gurgeln kann, muss immer erst mit einem kleinen Quantum gurgeln. Ebenfalls halbstündlich wird vorn auf den Hals ein in kaltes Wasser getauchtes und gut ausgewundenes, handbreit und handlang mindestens achtfach zusammengelegtes Taschentuch, darüber ein dünnes wollenes Tuch, zwischen beide wohl auch ein Stück Gummipapier gelegt. Zum Wechseln dieses Umschlages wird ein zweites Taschentuch bereit gehalten, um unmittelbar nach Lüftung des warmgewordenen appliziert zu werden. Mit fortschreitender Besserung werden Kalkwasser sowohl wie Umschlag seltener angewandt; zunächst nach Schwinden des Belags stündlich, dann immer nach $^1/_2$, später nach zwei Stunden, wo dann in der Nacht auch noch grössere Pausen gemacht werden dürfen; erst wenn nach Schwinden des Belages eine Woche vergangen ist, bleiben beide Mittel ganz weg, nachdem sie in den letzten 3 Tagen etwa nur 4—5 mal in 24 Stunden wiederholt wurden. Innerlich wird ein Chinadecoct von 5,0—15,0 : 100,0—200,0 mit Zusatz von Kali chloricum 1,0—5,0 zweistündlich gereicht und zwar je nach Alter ein Thee- bis Esslöffel, so dass die ganze Mixtur in etwa 48 Stunden verbraucht wird; die Menge der verwandten Droguen richtet sich ebenfalls nach dem Alter. Im Wechsel mit dieser Medizin, ebenfalls 2stündlich, erhalten die Kranken einen Thee- bis Esslöffel starken Weines (süssen Ungar, Malaga), auch guten Cognak, rein oder in Wasser oder Milch; Kinder armer Leute auch wohl guten Likör. Sonstiges Getränk, mit Ausnahme von Wasser, und Speisen werden ohne jede Beschränkung und Auswahl in Quantität und Qualität, ganz nach Belieben des Kranken und der Leistungsfähigkeit des Hauses verabreicht; nur bei darniederliegendem Appetit wird auf Beibringung von Milch, Milchkaffee und kräftiger Suppe gedrungen. Bei starken Schlingbeschwerden und starkem Durste können alle Flüssigkeiten, einschliesslich des Kalkwassers, auf Eis gestellt werden. Speisen und Getränke werden immer so verabreicht, dass die fällige Kalkwassergabe, unmittelbar darauf folgend, Mund und Rachen von allen Speiseresten und Getränkspuren reinigt. Bei Larynxdiphtherie wird ausserdem, wo Verständnis und guter Wille dafür ausreichend vorhanden ist, vermittelst eines Dampfzerstäubers stündlich Kalkwasser inhaliert. Bei Nasendiphtherie lasse ich neben obiger Behandlung zweistündlich vermittels Tropfpipette eine erwärmte Mischung von Liqu. Aluminii acetici, Glycerini āā in beide Nasenlöcher einträufeln. Bei Conjunctivaldiphtherie bin ich mit der s. Z. in der Breslauer Augenklinik gelehrten Behandlung: Wärmeapplication durch erwärmte Taschentücher und Eingiessung von Zinksulfatlösung, gut ausgekommen. Bei Diphtherie an anderen Körperstellen würde für mich ausschliesslich Liqu. Aluminii acetici in Betracht kommen.

Alle Massnahmen werden ohne Rücksicht auf etwa vorhandenen Schlaf ununterbrochen Tag und Nacht fortgesetzt, bis alle Gefahr vorüber ist. (Schluss folgt.)

II. Referate.

86) **Blumenfeld.** Beitrag zur Beurteilung des Wertes der Blutserumtherapie gegen Diphtheritis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 13.)

Ergebnisse im politischen Bezirk Bruck a. d. Leitha im Jahre 1895, umfassend 229 Fälle. Darunter 7 unter 1 Jahr, 23 im Alter von 1—2 Jahren, 54 von 2—3 Jahren, 43 von 3—5 Jahren, 67 von 5—10, 16 von 10—14 und 19 von 14—36 Jahren. 209 genasen, 20 starben (Mortalität 8,733%), und zwar 1 Kind von 9 Monaten, 5 von 1—2, 6 von 2—3, 5 von 3—5 und 3 von 5—10 Jahren. 60 Fälle waren schwerster Art, entweder Rachendiphtherie mit Larynxdiphtherie oder letztere allein; hier zeigte sich die ausserordentliche Wirkung des Serums am eclatantesten. 2 mal Tracheotomie mit 1 Todesfall. Exantheme nach der Injection selten, und dann erst in der Regel 8 Tage nach der Injection ein über den Rumpf und im Gesicht, seltener auf den Extremitäten ausgebreitetes scharlachähnliches Erythem oder urticariaähnliches Exanthem, welches öfters mit leichtem Fieber einsetzte und ohne jede Medication binnen längstens 2—3 Tagen schwand. Irgendwelche sonstigen Nebenerscheinungen fehlten, obwohl wiederholt in schweren Fällen Kindern von 15—20 Monaten binnen 48 Stunden 3 Einspritzungen mit zusammen 3000—3500 J.-E. gemacht worden. Einzelne Kinder klagten über Schmerzen am Oberschenkel, wenn dort injiciert worden war, und empfiehlt B. als Applicationsort die seitliche Thoraxgegend oder die Umgebung des Nabels, wo das Unterhautzellgewebe nicht so straff ist. Benutzt wurde neben Höchster Serum auch Wiener von Prof. Paltauf mit gleich günstigem Erfolge; letzteres hat bei dem Vorteile des billigeren Preises den Nachteil, dass ein grösseres Quantum (10—15 cm^3) auf einmal eingespritzt werden muss.

In derselben Zeit wurden im Bezirk 48 Fälle ohne Serum behandelt, daran starben 11 (Mortalität 23%).

---

87) **W. Dreyer.** Resultate der Diphtherie-Serumbehandlung im Moskauer Wladimir-Kinderhospital im ersten Halbjahr 1895.

(Wratsch 1895. No. 45. — St. Petersburger medic. Wochenschrift, Literatur-Beilage No. 3. 1896.)

Zur Anwendung kamen vom Behring'schen Serum 1000—2000 J.-E., 1 mal sogar bei einem Kinde 7000 J.-E. Am 1. Tag keine Wirkung, am 2. Rückgang der Drüsengeschwulst, Lockerung der Belege. In leichteren Fällen Rachen am 4.—5. Tage rein. Behandelt 310 Fälle mit 62 Todesfällen (20%), darunter 145 Kinder unter 5 Jahren mit 40 Todesfällen. Je eher das Serum angewandt wurde, desto günstiger die Resultate. 69 mal ging der Process auf den Kehlkopf über, daran starben 19. 31 mal Tracheotomie, Mortalität 42%.

---

88) **W. Ssamgin.** 314 mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie.

(Medicinskoje Obosrenje 1896. No. 1. — St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896, Literatur-Beilage. No. 3.)

Im Moskauer Stadthospital waren vom 15. Jan.—15. Nov. 1895 in Behandlung 314 Fälle; Mortalität 19,4 % (1893 : 33 %, 1894 : 33,5 %). 45 Pat. litten gleichzeitig an Kehlkopfdiphtherie, davon starben 21 = 37,5 %. Diphtherie ohne Croup 258 Fälle, Mortalität 15,5 %. Bis zum 5. Lebensjahre 134 Pat., davon starben 38 (28,3 %), von 6—10 Jahren 80, davon starben 18 (22,5 %), über 10 Jahre 100, davon starben 5. Durchschnittliche Dosis für Fälle mittlerer Intensität 2000—3000 J.-E., für schwere Fälle 3000—5000 J.-E. In keinem Falle trat während der Behandlung Croup hinzu. 11 mal trotz Serums Recidiv.

---

89) **O. Gortynski.** 120 mit Serum behandelte Diphtheriefälle.

(Medicinskoje Obosrenje 1896. No. 1. — St. Petersburger medic. Wochenschrift, Literatur-Beilage No. 3. 1896.)

Mortalität 20,8 %, bei den Kindern bis zu 5 Jahren 22,4 %, für die übrigen Fälle 19,3 %. 20 mal gangränöse Diphtherie, Mortalität 50 %. 3 mal machte G. die Seruminjection ins Rectum mit sehr gutem Resultat, indem z. B. bereits einige Stunden darauf die Temperatur bedeutend sank und das Allgemeinbefinden sich auffallend besserte.

---

90) **E. W. Goodall.** On Diphtheritic paralysis.

(Being an analysis of the cases occuring a the Eastern Hospital Homerton, during the years 1892—1893.)

(Brain 1895. No. 70/71. — Centralbl. f. innere Medicin 1876. No. 13.)

1071 Fälle von Diphtherie, bei denen 125 mal (11,6 %) Paralyse eintrat. Von diesen 125 Pat. starben 17. Kinder unter 10 Jahren stellten das grösste Kontingent (26 von 780 Pat., also 12,3 %); in einem Lebensalter von 10—20 Jahren standen 25 von 176 Pat. (14,2 %), über 20 Jahre zählten von 115 Pat. 4 (3,4 %). In 101 Fällen Eintritt der Lähmung festgestellt: Frühester Zeitpunkt war der 7. Tag. Am häufigsten (28 mal) trat die Lähmung in der 3. Woche auf. Spätester Zeitpunkt: 7. Woche (4 mal). Meist waren die Symptome im Rachen schon geschwunden, als die Lähmung erfolgte, mit Ausnahme von 10 Fällen. Die ersten Lähmungssymptome zeigte die Gaumenmuskulatur in 83 Fällen, auf diese bezogen sich allein oder in Verbindung mit anderen Muskeln 74,4 %. In 66 Fällen von 125 blieb die Lähmung auf die erstbefallenen Muskeln beschränkt (52,8 %), in 16 Fällen war die Lähmung allgemein. Was die Häufigkeit, mit welcher gewisse Muskelgruppen afficiert waren, betrifft, so nimmt die Gaumenmuskulatur die erste Stelle ein (102), es folgen die Ciliarmuskeln (56), die unteren Extremitäten (52), die äusseren Augenmuskeln (26), die obere Extremität (21), die Larynxmuskulatur (11). In 10 Fällen Diaphragma beteiligt, hiervon endeten 4 tötlich; in

9 Fällen Facialislähmung, Lähmung der Zunge, des Sphincter vesicae oder ani. 29 mal Unregelmässigkeit des Herzrhythmus, meist bei schwereren Lähmungen. Die Störung der Herzthätigkeit dauerte 5 Tage bis einige Wochen. Einigemale folgte Herzdilatation. In 4 Fällen wurde die Atemthätigkeit beeinflusst, 2 Fälle endeten letal. Von den 17 Todesfällen lag 13 mal die Ursache in der Lähmung selbst, 6 mal ausgehend vom Herzen, 4 mal von der Respiration, 2 mal von anhaltendem Erbrechen und Herzschwäche, 1 mal von allgemeinen Convulsionen. Der Tod erfolgte am 29.—62. Tage nach der Erkrankung an Diphtherie, am 3.—34. Tage der Lähmung. In den übrigen 4 Fällen, in welchen Lähmungen eintraten während der eigentlichen diphtheritischen Erkrankung, war die letztere die Todesursache. In 122 Fällen wurden Bemerkungen über Albuminurie gemacht; nur 10 mal fehlte sie. Dauer der Albuminurie 1—13 Wochen. In 6 Fällen hielt die Lähmung weniger als 1 Woche an, die grösste Anzahl weist 7—8 wöchentliche Dauer auf; beobachtet wurden auch solche bis zu 15 Wochen. Was endlich die Beziehung zwischen Ausdehnung der lokalen Erkrankung im Rachen und der Lähmung anbelangt, so wurde bei der Aufnahme 3 mal keine Lokalerkrankung gefunden, 24 mal lag leichte, 45 mal mittelschwere, 53 mal schwere Diphtherie vor.

---

91) **H. Wolfermann.** Leistenbruchband.

(Centralblatt f. Chirurgie 1896. No. 15.)

W. hat das Hack'sche Bruchband modificiert und will damit ein Bruchband geschaffen haben, das die Nachteile der bisher benutzten Bruchbänder nicht besitzt, vielmehr dadurch, dass es eine gleichmässige Compression des Leistenkanals bewirkt, absolut sichere Retention gewährleistet und eine event. Heilung wesentlich begünstigt.

Ueber die Anwendung bei Kindern äussert sich W. folgendermassen:

„Zum Schluss möchte ich noch des angeborenen Leistenbruches gedenken, der auf das Offenbleiben des Proc. vaginal. peritonaei zuzurückzuführen ist, sowie des zur Zeit der Geburt nicht erfolgten Descensus testiculi resp. testiculorum. Ich habe mich nie gescheut, Kindern schon 4—6 Wochen nach der Geburt ein passendes Bruchband anzulegen und beobachtet, dass nach kurzer Zeit, oft schon nach Verlauf eines Monats, die Obliteration des Bauchfellfortsatzes eingetreten und damit die Heilung erreicht war. Manchmal dauert es auch länger, aber geheilt wird der angeborene Leistenbruch unter aufmerksamer Behandlung immer. Der verspätete Descensus testiculi hat naturgemäss eine Hernia inguinalis oder scrotalis im Gefolge. Ist es möglich, den Hoden durch Druck auf den Leistenkanal von oben nach unten durch die äussere Leistenpforte nach dem Scrotum zu drängen, so empfiehlt es sich, die Hack'sche Pelotte anzuwenden, um dadurch den Hoden an der Rückwanderung zu verhindern. Durch Compression des Kanals mit der Hack'schen Pelotte erreicht man letzteres, und die Bruchheilung erfolgt auf natürliche Weise

wieder durch Obliteration des Bauchfellfortsatzes. Ein Bruchband anzulegen zu einer Zeit, wo der Hoden noch im Leistenkanale steckt und Neigung hat, bei Belastung des letzteren nach rückwärts auszuweichen, hat keinen Zweck."

---

92) **A. Hoffmann.** Ein Fall von Barlow'scher Krankheit.

(Sep.-Abdr. aus d. „Correspondenzbl. der ärztl. Vereine des Gr. Hessen. 1895. No. 10.)

Pat. ist ein am 27. Juli 1893 geborenes Mädchen, das 4. Kind gesunder, gut situierter Eltern. Uebrige Geschwister gesund. Die Ernährung des Kindes im 1. Lebensjahr erfolgte mit nach Soxhlet sterilisierter Milch, vom 4. Monat an wurde Opels Nährzwieback zugesetzt. Mit Beginn des 2. Lebensjahres wurde einfach abgekochte, nicht sterilisierte Milch gegeben, mittags Fleischbrühe und Ei. Die Entwicklung des Kindes war nicht normal, die Knochen der Extremitäten und des Schädels trugen ausgesprochene Zeichen von Rhachitis, der erste Zahn brach erst im 12. Lebensmonate durch.

Im Januar 1895, als das Kind also $1^1/_2$ Jahre alt war, traten Schmerzen im rechten Händchen auf, an welchem das Kind kurz vorher gezerrt worden war; dieselben verloren sich bald. Dagegen hatte das Kind bald nachher in den oberen und unteren Extremitäten Schmerzen, welche als Erscheinungen von Gelenkrheumatismus aufgefasst wurden und bei rein exspectativer Therapie, unter Watteeinwickelung sich bald besserten.

Am 19. März 1895 wurde H. zum erstenmale zu dem Kinde gerufen, weil wieder heftige Schmerzen aufgetreten waren. Die Schmerzhaftigkeit beschränkte sich im wesentlichen auf das spindelförmig aufgetriebene untere Diaphysenende des rechten Oberschenkels. Das Kind lag auf dem Rücken im Bett und jammerte schon, wenn man nur in seine Nähe kam; jede Berührung des Körpers, namentlich aber jede passive Bewegung der Extremitäten rief die lebhaftesten Schmerzensäusserungen hervor. Ganz besonders empfindlich war aber das angeschwollene untere Ende des rechten Oberschenkels und die Bewegung des rechten Kniegelenks. Das Kind hatte in seinem Knochenbau den ausgesprochenen Charakter der Rhachitis, war von blasser, fahler Gesichtsfarbe, schlaffer Muskulatur und nicht gutem Ernährungszustand. Zahnfleisch blass; nicht geschwollen, nicht blutend, erst 10 Zähne durchgebrochen. Appetit gering, Verdauung gut. Atmungsorgane frei. Kein Fieber. Urin ohne Eiweiss. Die Therapie bestand in Einwickelung des rechten Kniegelenks und Oberschenkels in Watte und Fixierung in Pappschiene; innerlich wurde Phosphor gegeben, und ausserdem die Diät entsprechend geändert (Fleisch, Kraftbrühe u. s. w., möglichst ausgedehnter Aufenthalt in frischer Luft). Zur Anordnung einer direkt antiskorbutischen Diät lag bei dem Fehlen sicherer Zeichen einer hämorrhagischen Diathese zunächst keine Veranlassung vor.

Im Laufe der nächsten Tage trat auch eine Anschwellung des rechten Oberarms in der Nähe des Schultergelenks auf, und jede Bewegung in diesem Gelenke wurde von dem Kinde ängstlich gemieden; ausserdem stellte sich auch am linken Unterschenkel eine schmerzhafte Anschwellung ein. Die Haut über den angeschwollenen Teilen war weder gerötet noch sugilliert. In der folgenden Zeit veränderte sich der Zustand der kleinen Patientin nicht wesentlich.

Am 22. April war an beiden oberen Augenlidern eine deutliche ödematöse Anschwellung zu constatieren, welche auf kühle Umschläge zurückging. Nachdem bis dahin die Krankheit ohne jedes Fieber verlaufen war, stieg die Körperwärme am 26. April mittags $3^1/_2$ Uhr plötzlich auf 39,0° und es stellten sich heftige Atembeschwerden ein; unter profusem Schweissausbruch trat nach einigen Stunden Erleichterung ein. Auf den Lungen war objectiv keine Veränderung nachweisbar. Vom 26. April an schwankten die Temperaturen und stiegen bis 39,2°; ausserdem wurden auch an den folgenden Tagen reichliche Schweisse beobachtet.

Am 27. April hatte sich rechts ein deutlicher Exophthalmos ausgebildet; der Bulbus war nach aussen und unten verdrängt und seine Bewegungen waren dementsprechend beschränkt. In den nächsten Tagen war als Zeichen eines

unter dem Orbitaldach sitzenden Blutergusses ein bläuliches Duschschimmern unter der Haut des rechten oberen Augenlids zu bemerken. Der Exophthalmos ging etwas zurück; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab stets einen normalen Befund (Dr. Brückner). Am 7. Mai abends war die Temperatur 37,6°; am 8. Mai morgens 39,0°. Auch jetzt war bei der Untersuchung der Lungen nichts Abnormes zu constatieren, das Zahnfleisch war blass, ohne Sugillationen, nicht blutend, die Anschwellungen der unteren Extremitäten hatten abgenommen, die Empfindlichkeit derselben war jedoch noch sehr gross. Am 8. Mai mittags stieg das Fieber auf 40,4°, es entstand plötzlich heftige Atemnot und nach wenigen Minuten trat — der Schilderung der Angehörigen nach, in einem Erstickungsanfall — der Exitus ein.

Aus äusseren Gründen war es bei der am folgenden Tage vorgenommenen Section nur möglich, die Schädelhöhle zu öffnen. Gehirn und Hirnhäute zeigten keine krankhaften Veränderungen. Dagegen lag unter dem rechten Orbitaldach ein subperiostaler Bluterguss von biconvexer Gestalt; sein Durchmesser betrug 1,0 cm, seine grösste Dicke 0,3 cm. An diesem festgeronnenen Bluterguss liess sich deutlich erkennen, dass derselbe nicht auf einmal entstanden, sondern dass zu einer späteren Zeit noch ein Nachschub erfolgt war.

Wenn es auch nicht möglich war, durch die nur teilweise Section die directe Todesursache festzustellen, so bestätigte dieselbe doch mit Sicherheit, dass es sich bei dem geschilderten Krankheitsfalle wirklich um „Barlow'sche Krankheit“ gehandelt hat. Bemerkenswert ist bei der vorliegenden Beobachtung, dass die Ernährung des Kindes in den dem Beginne der Krankheit vorausgehenden Monaten keineswegs mit künstlichen Nährpräparaten oder sterilisierter Milch, sondern in durchaus rationeller Weise stattgefunden hatte.

---

93) **C. Hochsinger.** Praktische Winke und Neuerungen zum Soxhlet'schen Milchkochverfahren.

(Wiener medic. Presse 1896. No. 15—18.)

H. ist ein Feind aller „Zapf-Apparate“, deren Princip bekanntlich darauf beruht, die ganze notwendige Milchmenge auf einmal zu sterilisieren und das für die jedesmalige Mahlzeit erforderliche Quantum aus dem Reservoir in eine graduierte Flasche abzuzapfen. Hierdurch wird aber in das ganze Soxhlet'sche Verfahren ein grosses Loch gemacht. Beim Soxhlet wickelt sich die ganze Procedur der Ernährung sozusagen von selber ab; ist einmal das Tagesquantum sterilisiert, dann giebt es nichts mehr zu denken. Wer aber garantiert bei ungebildetem Pflegepersonal dafür, dass gerade soviel pro Einzelmahlzahl abgezapft wird, wie aussen am Glase angezeichnet ist, wer dafür, dass auch die Mutter, sobald das Kind schreit, sich nicht verleiten lässt, auch ausserhalb der Zeit „etwas“ Milch abzuzapfen? Wenn dann gar noch in der Eile vergessen wird, die Saugflasche gründlich zu reinigen, dann ist das Unglück da. Was nützt die peinlichste Sterilisierung des Gesamtquantums, wenn die Einzelportion nicht aus einer genügend sauberen Saugflasche gereicht wird. Man müsste letztere aber jedesmal, d. h. 7—8 mal am Tage auskochen! Wo ist das durchführbar, zumal zur Nachtzeit?

Auch bei Benutzung der Gärtner'schen Fettmilch ist aus denselben Gründen der Soxhlet-Apparat unentbehrlich. Jene kommt in Literflaschen zum Verkauf. Bei jedesmaligem Oeffnen der letzteren können sehr leicht Keime aus der Luft in die Milch gelangen.

H. sterilisiert daher stets die Fettmilch im Soxhlet nach, und zwar 15 Minuten lang, wobei die grossen Vorteile der Fettmilch mit denen des Flaschensystems verbunden werden. H. hat bei dieser Handhabung ganz ausserordentliche Ernährungserfolge gesehen.

Neuerdings wird die Sterilisierung mittelst strömenden Wasserdampfes empfohlen und besondere Apparate dazu angefertigt. Man kann diese teueren Apparate entbehren, wenn man im Soxhlet den Kochtopf nicht bis zu den Hälsen der Flaschen mit Wasser füllt, sondern statt der 8 Liter Wasser nur 2 Liter hineingiesst. Es muss dann nur der Flascheneinsatz abgeändert werden, dessen Füsse man um etwa 2 cm höher machen lässt, damit unter dem durchlochten Boden des Einsatzes die 2 Liter Raum haben. Nach 15 minutiger Erhitzung füllt sich dann der Innenraum vollständig mit Dampf, durch welchen bei weiter fortgesetzter Feuerung innerhalb von 20 Minuten ausreichende Sterilisierung erzielt wird. Diese Art der Sterilisierung hat verschiedene Vorteile: Es ist leichter, 2 Liter Wasser zum Sieden zu bringen, als 8; der Flaschenbruch wird auf 0 reduciert; bei kalkreichem Wasser können sich die Flaschen nicht mit einer Kalkschicht überziehen, die von den Flaschen schwer wegzubringen ist; endlich bietet die Wasserdampfmethode in bacteriologischer Hinsicht mehr Sicherheit.

Freilich absolut steril ist die Milch auch so nicht; aber wenn sie kühl aufbewahrt wird, kann man sie wenigstens für 2—3 Tage für so bacterienfrei betrachten, dass sie unschädlich ist, vorausgesetzt, dass sie aus einer reinlichen Wirtschaft stammt, wo durch Centrifugierung der „Milchschlamm“ entfernt worden ist, dessen Mikroorganismen sich so leicht nicht abtöten lassen. Muss man die Milch von kleinen Milchwirtschaften oder Bauern beziehen (z. B. auf der Sommerfrische), so empfiehlt es sich, die Milch zunächst durch ein Glasfilter mit Filzeinlage laufen zu lassen, welcher Apparat einfach und billig ist.

Als Verschluss der Milchflaschen empfiehlt H. auf Grund seiner Erfahrungen eine höchst praktische Neuerung, den „Wiener Patent-Stöpselverschluss“. Das Soxhlet’sche Plättchenverfahren hat verschiedene Nachteile: Oft kommt es nicht zu einem kräftigen Sicheinziehen der Plättchen, d. h. der Verschluss bleibt undicht, sehr häufig springen ferner auch die bereits eingezogenen Plättchen trotz Schutzhülse auf oder lockern sich wenigstens, und so läuft man beim Mitnehmen der Flaschen auf Spaziergängen, Reisen u. s. w. Gefahr, dass bei irgend einer äusseren Erschütterung der Verschluss illusorisch wird. Die Nachteile dieser Methode und aller anderen später empfohlenen Verschlussarten werden vermieden durch den neuen Patent-Stöpselverschluss. Derselbe ist ein cylindrischer, aus hartem und massivem Gummimaterial gebaut, besitzt eine Höhe von 2 cm und einen Durchmesser von 1 cm. Er ist von einem centralen Kanal durchzogen, dessen Durchmesser 4 mm beträgt. Am oberen Ende ist das Stopfen mit einem mehrere Millimeter weit hervortretenden Randsaume ausgestattet und oben erhebt sich aus dem Stopfen ein aus dem gleichen Material wie der Körper des Stöpsels gefertigter, oliven-

förmiger, 1 cm hoher, spitz zulaufender Aufsatz, welcher mit dem übrigen Stopfen und dem aufgekrämpten Rande ein Ganzes bildet, in welchen sich demgemäss auch der Centralkanal des Stopfens hinein fortsetzt. In diesem Aufsatz endigt der Kanal blind; jedoch befinden sich innerhalb jenes Anteiles des Stopfens, welcher in dem olivenförmigen Aufsatz enthalten ist, 2 unscheinbare, von aussen kaum wahrzunehmende, je 2 mm lange, schlitzförmige Ventile, welche sich einander gegenüberstehen. Diese Schlitze dienen dazu, um die sich ausdehnende Luft während des Kochens der Milch aus den Flaschen austreten zu lassen, wodurch Flaschenbruch und Hinausspringen der Stopfen während des Kochens verhütet werden. Hat die Milch aufgehört zu kochen und wird der Apparatdeckel geöffnet, so bewirkt der äussere Luftdruck ein sicheres und festes, luftdichtes Aneinanderschliessen der Schlitzränder.

Das Warmbleiben der Milch während des Trinkactes ist kein unwichtiges Moment. Das Letzte in der Flasche ist meist schon recht kühl, und manche Kinder pflegen deshalb das letzte Drittel jeder Flasche stehen zu lassen, da sie kühle Milch nicht mögen. H. hat deshalb einen „Milchwarmhalter“ aus vernickeltem Weissblech und innen mit einem Asbestmantel anfertigen lassen (Wortmann in Wien), der einfach und billig ist.

Was endlich das Saughütchen anbelangt, so bleibt das einfache Gummisaughütchen das beste. Aber es hat einen kleinen mechanischen Nachteil: Das ununterbrochene Ansaugen von Milch vermittelst eines Saugers ist nur dann möglich, wenn während des Saugens immer Luft von aussen her in die Flasche nachrücken kann; denn es muss stets im Fläschchen der Luftdruck grösser sein, als im Munde des Kindes. Wenn aber das Kind lange saugt, so wird die Luft in der Flasche derart verdünnt, dass in einem bestimmten Moment der Luftdruck im Munde und in der Flasche gleich gross werden, und dann geht keine Milch mehr aus der Flasche heraus. Das Kind fühlt dies instinctiv, denn es hört sodann mit dem Saugen auf; nun gelangt durch das Rohrloch des Saughütchens wieder Luft in die Flasche hinein, das Kind saugt wieder. Dieses Absetzen ist aber recht anstrengend für das Kind, namentlich für ein schwaches. Zudem kommt, dass das Kind dabei oft eine Luft einsaugt, die hygienisch recht wenig einwandtfrei ist. H. empfiehlt deshalb das Saughütchen von Livius Fürst. Es ist dies ein einfaches Gummisaughütchen, in dessen unterem Drittel sich aber seitlich eine 5 mm im Durchmesser haltende, kreisrunde Oeffnung befindet; in diese kommt beim Trinken ein 12 mm langes, an seiner Spitze bis auf eine kleine Lücke zugeschmolzenes Glasröhrchen, in das jedesmal ein kleiner Pfropfen Bruns'scher Watte hineingelegt wird. Durch die Lücke an der Spitze des Glasröhrchens kann nun während des Saugens beständig in die Flasche Luft nachrücken, die durch den Wattepfropf vorerst filtriert wird, sodass Staub und Keime zurückgehalten werden.

Kurz zusammengefasst empfiehlt also H. zur Säuglingsernährung die genaue Berücksichtigung folgender 5 zu einer Methode vereinigter Cardinalpunkte:

1. Beibehaltung des ursprünglich Soxhlet'schen Kochapparats und der Fläschchenmethode.
2. Sterilisierung mittelst strömenden Wasserdampfes.
3. Flaschenverschluss mit dem neuen Wiener Patentstöpsel.
4. Anwendung des Asbest-Milchwarmhalters.
5. Anwendung des Saughütchens von Livius Fürst.

---

94) **Hübner.** Ueber einen billigen Ersatz des Soxhlet-Apparates.

(„Die Praxis" 1896. No. 9.)

Der Soxhlet ist zu teuer, um in breiteren Schichten des Volkes Eingang zu finden, und auch die bisherigen Modifikationen stellen sich immer noch auf 8—10 M. und enthalten viel Entbehrliches. Nötig sind nur: 1 Gerüst für die Flaschen (am besten aus Blech und Draht, etwa wie es die Kellner zum Tragen von Biergläsern benutzen), 2 Saugpfropfen, 1 Teilstrichflasche und eine Reinigungsbürste. Diese Zusammenstellung kostet bei Verwendung des sehr guten Bingler'schen Verschlusses mit 8 Flaschen à 250 gr M. 4 (vorrätig bei Pick & Oestreicher in Frankfurt a. M.).

Das Gestell mit den Flaschen wird einfach in einem offenen Topfe mit Wasser auf starkes offenes Heerdfeuer gesetzt, wobei das Wasser so hoch steht, dass es nahezu das Niveau der Milch in den Flaschen erreicht. Belässt man das Gerüst noch nach Beginn des Kochens des Wassers 15 Minuten in demselben, dann ist die Sterilisierung dieselbe, wie im Soxhlet. Nach dem Kochen wird das Wasser im Topf durch langsames Zugiessen kalten Wassers abgekühlt, sodass die Abkühlung der Milch auf Brunnenwassertemperatur in höchstens 20 Minuten erzielt wird; belässt man dann die Flaschen in einem Topf mit kaltem Wasser, so hält sich die Milch auch in der heissen Jahreszeit kühl.

---

95) **O. Reinach.** Zur Therapie der Sommerdiarrhöen im Säuglingsalter.

(Aus der kgl. Univ.-Kinderklinik in München.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 18.)

R. berichtet von den in der H. v. Ranke'schen Klinik gemachten Versuchen, die blutverdünnende Eigenschaft des Serums dazu zu benutzen, der Bluteindickung bei schweren acuten Gastro-Enteritiden entgegenzuwirken. Verwandt wurde steriles Serum von Kühen, doch werden jetzt die Versuche mit Pferdeserum fortgesetzt, nachdem letzteres nach Landois' Untersuchungen sich gegenüber den menschlichen Blutkörperchen völlig indifferent gezeigt hat. Das Versuchsmaterial bestand aus 15 Kindern im Alter von 14 Tagen bis 9 Monaten, lauter sehr schwere, zum Teil schon moribunde Fälle, künstlich ernährte Kinder betreffend mit ganz acuten Verdauungsstörungen, die am 2. oder 3. Tag der Erkrankung in Behandlung kamen, nachdem sie rapid an Gewicht abgenommen. Es starben 4 Pat., von denen 2 schwere Lobularpneumonien aufwiesen, 2 an

schweren folliculären Dickdarmprocessen. Bei den anderen Kindern wirkte das injicierte Serum entschieden günstig auf die Affection ein: Das Aussehen wurde frischer, der Blick klarer, die Cyanose wich vielfach einer mehr rosigen Farbe, die arteriellen Hautgefässe zeigten wieder Injection u. s. w., und auch die Verdauung besserte sich, ohne dass eine lokale Therapie Platz griff (die Nahrung bestand während der ersten 24—48 Stunden nur aus dünnem Reiswasser), sehr rasch. Bei einigen Pat. hielt die Besserung an, während bei anderen die Wirkung am 2. Tage verschwand, um nach einer erneuten Injection wieder zu Tage zu treten.

Injiciert wurden 10—20 ccm unter die Haut der seitlichen Thoraxpartien. An der Injectionsstelle war nie Reaction zu bemerken. Bei einem Pat. trat 14 Tage nach der Injection ein masernähnliches Exanthem von 2tägiger Dauer ohne Fieber auf, 2 mal wurde nach der Injection Fiebertemperatur, einmal bis 38,5 ° beobachtet.

Die in den meisten Fällen sich rasch einstellende Besserung der Verdauungsthätigkeit und der Stühle ist zweifellos zum Teil auch durch Bestandteile des Serums hervorgerufen, die den Stoffwechsel beleben; speziell regt z. B. das Kochsalz die Drüsenthätigkeit an. Auch ist wohl bei der, bei den schweren acuten gastro-enteritischen Störungen unbedingt notwendigen, Sistierung der Nahrungseinfuhr durch den Magendarmtractus, der Umstand wichtig, dass wir zugleich mit dem Serum Eiweisskörper subcutan injicieren. Bei 20 ccm Serum beträgt das injicierte Eiweissquantum ca. 1,5 gr, etwa gleich dem Eiweissgehalt von 50 gr unverdünnter Kuhmilch oder 150 gr Muttermilch. Das ist natürlich eine recht geringe Menge; aber einerseits ist es wahrscheinlich, dass man grössere Quantitäten Serum, vielleicht in 2 Portionen pro die geteilt, injicieren kann, andererseits muss man bedenken, dass bei einer Erkrankung, bei der vom Magen und Darm während einiger Tage fast gar keine Nährstoffe zur Resorption gebracht werden können und dürfen, selbst geringe Mengen von solchen Stoffen, die man auf andere Weise dem Körper zuführen kann, zweckdienlich erscheinen dürften. Die Versuche nach dieser Richtung hin sollen fortgesetzt werden.

---

96) **M. Simmonds.** Ueber Nierenveränderung bei atrophischen Säuglingen.

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 56. Heft 5—6.)

S. hat bei 60 Sectionen atrophischer Säuglinge die Nieren genau untersucht und dieselben fast stets pathologisch verändert gefunden. Mit Ausnahme eines Falles wurden immer ausgebreitete Läsionen des Harnkanälchenepithels constatiert, Läsionen, die teils auf nekrotische, teils auf plasmolytische Vorgänge zurückzuführen waren; die Regel war eine Combination beider Vorgänge, sodass eine scharfe Trennung der Fälle nach dem einen oder anderen Typus nicht durchzuführen war. Fast überall sah man ein Gemisch verschiedenartiger pathologischer Vorgänge. Hier traf man Bilder, wo auf kürzere oder weitere Strecken das Epithel seine Färbbarkeit in hohem Grade eingebüsst hatte, wo die Zellen gequollen erschienen, wo die Zellgrenzen völlig verwischt

waren; dort war das Epithel zum grossen Teil, zumal an seinem dem Lumen der Harnkanälchen zugekehrten Teil, in eine körnige, amorphe, in Alkoholpräparaten netzförmig erscheinende Masse zerfallen, während noch die erhaltenen wandständigen Fragmente der Zellen den Kern beherbergten; dort wieder traf man auf Strecken, wo in mehr oder minder grosser Ausdehnung die Kerne trotz intensiver Färbung sich nicht mehr erkennen liessen oder nur durch eine leichte Farbennuance noch angedeutet waren; in anderen Präparaten fiel sowohl in frischen ungefärbten Schnitten wie vor allem nach Behandlung mit Flemming'scher Lösung die Anwesenheit zahlloser kleinster Fettmolecule in den Epithelien auf; und endlich fanden sich noch hier und da kleine Exsudate in den Kapseln der Glomeruli. Alle diese Veränderungen, die als Degenerationen des Nierenparenchyms zu bezeichnen sind, kann man bei verschiedenen pathologischen Zuständen finden: bei Infectionskrankheiten, Vergiftungen, Verbrennungen, Erfrierungen, schweren allgemeinen Ernährungsstörungen. Am nächsten lag es, in obigen Fällen letztere verantwortlich zu machen. Dagegen sprach, dass die pathologischen Veränderungen der Niere keineswegs mit der Schwere oder Dauer der Dyspepsie und Atrophie in einem regelmässigen Verhältnis standen, dass z. B. unter den mit den stärksten Veränderungen behafteten 4 Kindern sich 2 im Alter von 3 Wochen befanden, wo also von einer chronischen Ernährungsstörung noch nicht gut die Rede sein konnte. Aber die Complicationen? Die Katarrhalpneumonie kam nicht in Betracht; erstens hatte S. solche Fälle von vornherein ausgeschaltet, und wo nicht, fehlte auch hier ein bestimmtes Verhältnis zwischen Nierenveränderung und Vorhandensein von Lungeninfiltraten. Auch Magendarmstörungen waren nicht massgebend, auch sie hatte S. ausgeschaltet oder sie standen in offenbar keiner Beziehung zu den Nierenläsionen. Blieb nur die Entzündung der Paukenhöhlenschleimhaut mit Exsudatbildung übrig. Nur 29 Fälle wurden daraufhin untersucht, bei 28 fand sich die Affection vor, die aber wohl auch bei den übrigen bestanden haben mag, da S. bei einer kürzlich publicierten Zusammenstellung der Sectionsbefunde von 133 Säuglingen nur 5 Fälle fand, wo beide Paukenhöhlen frei von Exsudat waren. Dass ein so geringfügiges Exsudat, das nicht einmal rein eitrig ist, so schwere organische Veränderungen hervorzubringen vermag, wird den nicht Wunder nehmen, der die enorme Menge der darin hausenden Mikroben einmal gesehen hat: Bacterien, die anerkanntermassen den Organismus aufs schwerste schädigen können, wie der Fränkel'sche Diplococcus, der Friedlaender'sche Pneumoniebacillus, der Streptococcus pyogenes, der Staphylococcus, der Bacillus pyocyaneus finden sich zahllos vor, und bei den günstigen Resorptionsbedingungen darf es nicht überraschen, dass die Mikroorganismen und ihre Stoffwechselprodukte von der Paukenhöhle aus in den Kreislauf gelangen. S. untersuchte 8 Nieren genauer und fand in 5 davon dieselben Mikroben, wie im Paukenhöhleneiter: 2mal den Fränkel'schen Pneumococcus neben dem Bacillus pyocyaneus, 1mal den Pneumococcus allein, 1mal den Staphylococcus albus neben dem Pyocyaneus und 1mal den Pyocyaneus allein.

Auf Grund solcher Erfahrungen ist S. zu der Ueberzeugung gelangt, dass die bei den atrophischen Säuglingen ausserordentlich häufig vorhandenen Nierenläsionen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf die Mittelohrentzündung zurückzuführen sind, dass ferner die Mittelohrentzündung infolgedessen eine der häufigsten Todesursachen atrophischer Säuglinge ist, da sie eben so häufig Nierendegeneration zur Folge hat. Von verschiedener Seite ist auf den Zusammenhang schwerer Nierenstörungen mit Magendarmerkrankungen der Säuglinge hingewiesen worden. Aus S.'s Arbeit geht nun hervor, dass dieselben Nierenläsionen auch unabhängig von Gastrointestinalkatarrhen vorkommen, dass andererseits schlecht genährte Säuglinge enorm häufig an Mittelohrentzündung leiden. Es liegt daher nahe, anzunehmen, dass bei sehr vielen jener Fälle der Autoren nicht der Gastrointestinalkatarrh, sondern die jedenfalls nicht berücksichtigte Paukenhöhleneiterung Schuld an den Nierenläsionen gewesen ist.

---

97) **Rode.** Bericht über die Winterkuren in dem Seehospiz Kaiserin Friedrich auf Norderney des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten in den Jahren 1889 bis 1895.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 15.)

Die Winterkur reicht vom 15. Oktober bis 31. März. Während dieser Zeit wurden in diesen 6 Jahren 575 Pfleglinge gezählt, die kränker und heilungsbedürftiger waren als die Sommerpfleglinge, aber trotzdem ebenso günstige Heilungsresultate ergaben. Am besten waren letztere bei solchen Kindern, welche als Bestand aus der Sommerperiode in die Winterkur hinübergenommen wurden und den ganzen Winter dort blieben. Die Acclimatisation der Kinder nimmt ja gerade im Winter eine längere Zeit in Anspruch, sodass die im Spätsommer und Herbst acclimatisierten Pfleglinge im Vorteil sein mussten. Auch die Kinder mit 12 wöchigem Aufenthalt hatten nach Abzug der Zeit ihrer Gewöhnung an das Klima dann erst rechten Nutzen von der Kur, wenn die Kinder mit nur 6 wöchiger Kurperiode fast schon an ihre Abreise denken mussten. Erstaunenswert ist es, welch hohen Grad von Abhärtung und Widerstandsfähigkeit die einmal an das dortige Klima gewöhnten Kinder sich zu erwerben pflegen: sie werden 2 mal täglich je 2 Stunden ins Freie geführt, bei jedem Wetter, ausgenommen anhaltende Regengüsse, Schneewehen und heftigen Sturm; trotzdem kam es nie zu einer Erkältungskrankheit.

Das Hauptcontingent stellte die Anämie mit Schwächezuständen aller Art und die Chlorose. Fast ausnahmslos vorzüglichste Heilresultate. Ebenso bei Scrophulose. Die Blutarmut mit ihren Folgen verlor sich in der Regel, in gleicher Weise gingen auch scrophulöse Drüsentumoren, alte chronische Ekzeme zurück, vernarbten lange bestehende Wunden, Fisteln und Hautgeschwüre. Die warmen Seebäder (3 pro Woche) und die den Stoffwechsel mächtig anregende Seeluft erwiesen meist ihren heilsamen Einfluss.

Auch die scrophulösen Kinder kamen täglich an die frische Luft, die gehunfähigen von ihnen in Krankenwagen und Rollstühlen. Bei günstigem Wetter waren sie ausserdem, wie die anderen Pfleglinge, einen grossen Teil des Tages in geschützter Veranda.

Auch für Kinder mit Krankheiten der Atmungswerkzeuge war die Winterkur von hohem Wert, sobald von der üblichen Sechswochenkur abgesehen und ein langer Aufenthalt, womöglich den ganzen Winter hindurch, gewährt wurde. Gerade hier ist langsame Acclimatisierung erforderlich; es können mitunter Wochen vergehen, ehe man es wagen kann, die Pat. längere Zeit der Seeluft auszusetzen. Von den Pat. wurden in den 6 Wintern 37,6% geheilt, 32% erheblich gebessert, 20% gebessert, 9,6% nicht geheilt; 0,8% endeten letal. Es handelt sich insgesamt um 125 Lungenkranke, von denen 47 geheilt, 40 erheblich gebessert, 28 gebessert wurden; 12 blieben ungeheilt, 1 starb. Dank der spezifischen Eigenschaft des Seeklimas kamen namentlich die chronischen Katarrhe der Luftröhre und ihrer Verzweigungen sehr bald zur Heilung; von 40 Kindern wurden 20 geheilt, 13 erheblich gebessert, 7 gebessert. Von 21 Asthmatikern wurden 7 geheilt, 9 erheblich gebessert, 3 gebessert, 2 nicht geheilt. Pleuraexsudate wurden erheblich vermindert, einige Male gänzlich resorbiert; von 8 Kindern mit Residuen nach Pleuritis wurden 3 geheilt, 3 erheblich gebessert, 2 gebessert. Von 32 Fällen mit chron. Lungenspitzenkatarrh resp. Phthisis incipiens wurden 16 geheilt, 8 erheblich gebessert, 8 gebessert. In einzelnen Fällen von Infiltration der Lungen war eine erhebliche Abnahme und Aufhellung des Dämpfungsbezirkes, das Verschwinden der früher vorhandenen Crepitation und der feinblasigen Rasselgeräusche zu constatieren und zugleich eine auffällige Verbesserung des Allgemeinbefindens zu beobachten; von 19 Fällen wurde 1 Fall geheilt, 7 erheblich gebessert, 5 gebessert, 6 nicht beeinflusst. Von 5 Fällen manifester Phthisis wurden 4 ungeheilt, 1 starb. Die Abhärtung, die ausserdem sich geltend machte, blieb das beste Prophylacticum gegen Recidive, und in der That waren meist die erzielten Resultate andauernde. R. mahnt aber eindringlichst, eine strenge Auswahl unter den dorthin zu schickenden phthisischen Kindern zu treffen: der suspecte chronische Lungenspitzenkatarrh soll als Indication gelten, allenfalls noch eine begrenzte Infiltration bei einigermassen gutem Allgemeinbefinden und Kräftezustand; Kranke mit Fieber und Nachtschweissen, bei denen die infiltrierte Lunge bereits im Zerfall begriffen ist, deren Kräftezustand erheblich reduciert ist, sie gehören nicht an die See, wo sie sich meist rapide verschlimmern und bald zu Grunde gehen. Auch muss darauf gesehen werden, dass für Pat. mit Affectionen der Atmungsorgane ein längerer Aufenthalt, für solche mit Initialphthise vollständige Ueberwinterung gewährleistet wird, während bei Anämie, Scrophulose, Neurasthenie u. s. w. oft schon ein 6 wöchiger Kuraufenthalt genügend ist.

---

98) **C. Schmid-Monnard.** Beobachtungen über die körperliche und gesundheitliche Entwickelung der Schulkinder.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1896. No. 6 u. 9.)

Sch. hat durch Untersuchungen festgestellt, dass ein Rückgang der psychischen Kräfte gerade unter den Gebildeten im Verlaufe der Schulzeit stattfindet. Dazu ist zunächst folgende Thatsache bemerkenswert: Während die in meist besseren häuslichen Verhältnissen lebenden Bürgerschüler wesentlich seltener und kürzer erkranken, als die weniger günstig gestellten Volksschüler, sind die aus den ursprünglich gesunden Bürgerschülern entstammenden jungen Leute bei ihrer Stellung zum einjährig-freiwilligen Militärdienst etwas über die Hälfte dienstuntauglich, während von den übrigen (3 jährigen) nur etwa $^1/_3$ dienstuntauglich ist.

Aus der verdienstlichen Arbeit seien noch folgende durch genaue Untersuchungen festgestellte Daten erwähnt. Die Mädchen erkranken in noch wesentlich höherem Maſse als die Knaben während der schulpflichtigen Zeit; sie, unsere Hoffnung auf ein künftiges kräftiges Geschlecht, verdienen also dringendste Schonung in der Schule. — Ferner: In der gesamten kindlichen Entwickelung findet gerade zur Zeit der ersten Schuljahre die geringste Zunahme an Länge und Gewicht statt; also die Periode des geringsten Ueberschusses an körperlicher Kraft zu einer Zeit, wo geistige Anstrengung und Stillesitzen in geschlossenen Räumen als krafterfordernde neue Momente hervortreten! Ob dies ein physiologischer Vorgang ist, oder ob die Schule die Entwickelung hemmt, lässt sich bei uns schwer feststellen, da infolge der Schulpflicht eben nur Schulkinder untersucht werden können. — Ferner: Die 6 jährigen Mädchen nehmen in den ersten 3 Schulmonaten bereits $^3/_4$ kg an Gewicht ab. Bei Knaben wie Mädchen verzögert sich in den ersten Schuljahren die Gewichtszunahme, doch ist das nicht bedeutend. Untersucht man aber die schwächlichen Kinder allein, so zeigt sich bei Knaben im 2. Schuljarhe ein fast vollständiger Gewichtsstillstand, bei den Mädchen sogar ein Rückgang um fast 1 kg; bei ihnen wird das ursprüngliche Gewicht des 7. Jahres erst im 9. Lebensjahre erreicht. Diese Mädchen sind also empfindlicher als die Knaben und werden selbst unter den beschränkten Anforderungen der Volksschule in ihrer gesundheitlichen Entwickelung geschädigt. — Ferner: Schulmädchen erkranken fast doppelt so oft als Knaben. Selbst die in besseren häuslichen Verhältnissen lebenden Bürgerschulmädchen sind fast durchweg öfter krank, als die ärmlicher lebenden Volksschulknaben. Im übrigen erkranken die Bürgerschulkinder seltener als die Volkschulkinder gleichen Geschlechts. Das Krankenprocent nimmt vom 6. bis 13. Jahr stetig ab; die Volksschüler weisen in fast allen Altersklassen ein höheres Krankenprocent auf. Nur im 1. Schuljahre weisen die sonst durchschnittlich weniger erkrankten Bürgerschulkinder ein höheres Krankenprocent auf; während nämlich die Volksschüler durch ihr früheres Strassenleben mit Infection häufiger in Berührung gekommen sind und eine grosse Anzahl Krank-

heiten schon durchgemacht haben, erkranken die mehr abgeschlossen lebenden Schüler mit Beginn des Schulunterrichts in höherem Grade. — Endlich: die hygienische Beschaffenheit des Schulgebäudes zeigt insofern Einfluss, als in gleichartigen Schulen die Aermeren unter den Schulen in neuen Schulgebäuden ein wesentlich geringeres Krankenprocent aufweisen als die besser situierten Schüler in alten Gebäuden. Beobachtet wurden nach dieser Richtung hin 5000 Schüler derselben Schulart und Gesellschaftsklasse; 1000 davon stammen aus wohlhabenderen Familien und sind in Schulen untergebracht mit ungenügenden Raumverhältnissen und mangelhafter Ventilation, 4000 aus ärmeren Familien, welche aber Unterricht erhalten in hygienisch weitaus besser eingerichteten Gebäuden. Die Wohlhabenden setzen nun im 6. Lebensjahre mit einem etwas niedrigeren Krankheitsprocent ein, sowohl Knaben wie Mädchen. Während aber das Krankenprocent der in besser gebauten Schulen untergebrachten Aermeren nach dem 7. Jahre stetig sinkt, bleibt das Krankenprocent der Wohlhabenden in den ungenügend gebauten Schulen nahezu immer auf gleicher Höhe. Da nun die häuslichen Verhältnisse der Wohlhabenden sicherlich nicht gesundheitlich ungünstigere sind, so können nur an den häufigeren Erkrankungen jener Schüler Schuld tragen die ungünstigen Aufenthaltsverhältnisse in der Schule, oder umgekehrt: durch die Beachtung hygienischer Erkenntnis beim Bau der neuen Schulen ist das frühere Krankenprocent auf die Hälfte herabgedrückt worden!

---

99) **A. Gottstein.** Ein Fall von wiederholter Masernerkrankung.

Beitrag zur Lehre von der erworbenen Immunität.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 13.)

Ein jetzt 10jahriges Mädchen erkrankte vor fast 2 Jahren an Masern. Es fehlte keines der Symptome, doch waren die katarrhalischen Erscheinungen sehr wenig ausgeprägt. März d. J. erkrankte das Kind wiederum an Masern, als in ihrer Schulklasse mehrere Mitschülerinnen davon befallen wurden. Am Abend des 1. März stellte sich leichter Schnupfen ein, welcher in der Nacht zunahm. Vom nächsten Tage ab wurde die Pat. unter heftigen, fieberhaft katarrhalischen Erscheinungen bettlägerig; am 3. März fand sich sehr starke Conjunctivitis, typische fleckenartige Angina und charakteristischer, Tag und Nacht anhaltender Husten. Dabei hohe Abendtemperaturen über 39°, sehr beschleunigter Puls und nächtliche Delirien. Autor verkündigte für die nächsten 24 Stunden den Ausbruch des Exanthems. Dasselbe blieb aber aus. Während der ganzen 3 Tage blieb der Zustand unverändert; dabei machte das Kind, namentlich am 5. März einen recht schwerkranken Eindruck. Erst in der Nacht vom 5. zum 6. März erschien das Exanthem, zeigte typischen Charakter, aber sehr geringe Intensität an Farbe und Dichtigkeit; schon am Abend des 6. März war es im Rückzuge und am Morgen des 7. März überall gänzlich abgeblasst. Von da an fiel das Fieber ab und die Reconvalescenz begann und verlief ohne Störungen.

Der Fall bietet 2 Besonderheiten: Das 2malige Befallenwerden von Masern im Verlauf von nicht ganz 2 Jahren und den verspäteten Ausbruch des Exanthems beim 2. Anfall. Während das Exanthem bei der 1. Attaque im Vordergrunde der Erscheinungen stand, die katarrhalischen Symptome aber sehr in den Hintergrund traten, beherrschten diese beim 2. Befallenwerden das

Krankheitsbild, während das Exanthem auffallend spät sich zeigte und ganz rasch wieder verschwand.

Diese Eigentümlichkeiten lassen sich leicht verstehen, wenn man sie im Lichte der von Schleich und Gottstein aufgestellten Theorien über die erworbene Immunität betrachtet. Diese „lokalistische“ Theorie geht davon aus, dass die erworbene Immunität vielfach nur auf einer durch die erste Erkrankung erzeugten Veränderung der Eingangspforte des Infectionskeims oder Giftes beruht. Die erste Erkrankung erzeuge in vielen Fällen an deren Eingangspforte und dem Hauptsitz der Erkrankung derartige Veränderungen entzündlicher und anderer Art, dass bei einer späteren Erkrankung oder Vergiftung das Haften des Infectionskeimes oder die Resorption des Giftstoffes auf Hindernisse stösst und die Auslösung der Krankheitserscheinungen erschwert wird. So erklärt sich z. B. manche Giftgewöhnung, weil nunmehr zur Erzielung des gleichen toxischen Effekts grössere Mengen erforderlich werden; wird aber dasselbe Gift, für welches an der gebräuchlichen Einverleibungsstelle Resorptionshindernisse und damit eine scheinbar allgemeine Immunität besteht, auf einem anderen Wege dem Körper einverleibt, so stellt es sich vielfach heraus, dass die scheinbare Immunität nicht vorhanden ist. So erliegen nach Koch die subcutan gegen Milzbrand immunisierten Tiere der Verfütterung von Milzbrand, so vertragen an subcutane Morphiuminjectionen giftgewohnte Versuchstiere nicht mehr die Einverleibung der gewöhnlichen toxischen Dose durch Trepanlöcher, so kann der Mensch, der Scharlach auf dem gewöhnlichen Wege der Infection überstanden, an Wundscharlach erkranken.

Nun zu G.'s Fall. Das Mädchen hatte durch die erste Masernerkrankung keine generelle Immunität erworben, wohl aber eine lokale Resistenz an demjenigen Organsystem, welches bei der ersten Erkrankung am lebhaftesten reagiert hatte. Die Haut, freilich nicht die Eingangspforte, aber die Hauptlokalisationsstelle des Processes, hatte bei der ersten Attaque solche Veränderungen erlitten, dass eine zweite Lokalisation daselbst erschwert wurde. Das Exanthem erlitt so eine erhebliche Verzögerung, während die Organsysteme, welche damals nur unbedeutend betroffen waren, bei der zweiten Erkrankung in ausgesprochenster Weise afficiert wurden.

---

100) **M. Brück.** Ueber Myositis scarlatinosa.

(Gyógyászat 1896. No. 11. — Pester medic.-chirurg. Presse 1896. No. 18.)

B. hat folgende 3 Fälle beobachtet, welche zweifellos im Zusammenhange mit der Scarlatina standen:

1. L. M., 14jähriges Mädchen, erkrankte am 20. April 1892, am 22. intensives Scarlatina-Exanthem, Angine follicularis. Am 30. April kein Fieber, blasse Spuren des Exanthems, Abschuppung. Am 4. Mai Kältegefühl, Temp. in der Achselhöhle 38,9°. Am Abende desselben Tages starke, schneidende Rückenschmerzen, Temp. 38,6°. Am 5. Mai Schmerzen der Muskulatur der Kreuzgegend und des linken Oberschenkels; Temp. 37,6°. Am 6. Mai Rumpfbeweglichkeit gebessert. Am 7. Mai schneidende Schmerzen im linken Oberschenkel; dessen Umfang über dem mittleren Drittel um 3 cm

grösser als der des rechten; hochgradige Empfindlichkeit; Temp. 37,4°. Therapie: 3 gr Natr. salicyl. Am 11. Mai haben die Muskelschmerzen aufgehört. Weiterer Verlauf glatt.

2. M. T., $8^1/_2$jähriges Mädchen, erkrankte an leichtem Scharlach; durch 4 Tage Temperatursteigerung. Am 9. Tage Auftreten von Brustschmerzen; Temp. 38,0°. Lungen und Herz normal. Die Brustschmerzen und Atembeschwerden steigerten sich im Laufe der Nacht, sodass man an Rippenfellentzündung ärztlicherseits dachte. Am nächsten Morgen Intercostalmuskeln druckempfindlich, ebenso der rechte Pectoralis major und die Rückenteile der linksseitigen unteren Intercostalmuskeln. Warme Bäder und Natr. salicyl. 3 Tage darauf Affection völlig geschwunden.

3. Der 11jährige Knabe hatte am 19. Okt. v. J. ausgebreitetes Scharlach-Exanthem mit gelinden Rachenerscheinungen und wenig gestörtem Allgemeinbefinden; Temp. in der Achselhöhle 39,3°. Am 8. Tage der Beobachtung Auftreten von Ohrenschmerzen linkerseits bei mässiger Temperatur. Nach 3 Tagen eitriges Secret und Aufhören der Schmerzen. Am 31. Okt. Auftreten von Bauchschmerzen, die trotz Irrigation und ausgiebigen Stühlen nicht aufhören. Oberflächliches Atmen. Bauch nicht aufgetrieben, sondern stark abgeflacht, empfindlich; Palpation nicht möglich. Besonders empfindlich Nabel- und Symphysengegend. Auch Schmerzen in der Lumbalgegend. Temp. 37,6°, Puls kräftig. Priessnitz-Umschläge, Opium. Am 3. Nov. erhebliche Besserung, Rumpf beweglich. Warme Bäder, Massage der Lumbalmuskulatur. Am 7. Nov. Schmerzen allenthalben verschwunden.

---

101) **C. Ziem.** Ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Scharlach-Diphtheritis.

(Sep.-Abdr. aus der Monatsschrift für Ohrenheilk. 1895. No. 6.)

Am 23. April 1894 wurde ein $2^1/_2$jähriges Mädchen in desolatem und sehr abgemagertem Zustande zu Z. gebracht. Dasselbe war anfangs April an Scharlach erkrankt, wozu schon am 3. Tage starker Fötor und eitriger Ausfluss aus der Nase hinzukam, was der Hausarzt als Nasendiphtherie bezeichnete. Mit Hilfe einer kleinen Ballonspritze mussten möglichst oft Ausspritzungen der Nase, sowie der mit starker Schwellung und Absonderung der Schleimhaut behafteten Mundhöhle mit Kalkwasser gemacht werden, intern wurde Citronenwasser und Ungarwein gereicht. Es bestand starkes Fieber. Speisen wurden während der Krankheit nicht genossen, vom 21. April ab auch das Trinken verweigert. Mehr als 3 Wochen hat das Kind unter sich gemacht. Handtellerbreiter Decubitus an den Nates. Von Mitte April ab sprach das Kind gar nichts mehr; es war benommen und apathisch, doch nicht taub; hierzu trat eitriger Ausfluss aus den Ohren, bei deren Ausspritzen Schluckbewegungen gemacht wurden, sodass die Mutter des Kindes das Vorhandensein einer Durchlöcherung der Trommelfelle schon von selbst vermutet hatte. In der letzten Zeit waren die Lider im Schlafe öfters nicht geschlossen, sodass sie mittelst der Finger zusammengedrückt werden mussten.

Am 23. April bestand starker Fötor aus Nase, Mund und Ohren, deren Gehörgänge mit Eiter gefüllt waren, während die Schleimhaut des Mundes und Gaumes stark geschwollen und aufgelockert war; diphtheritischer Belag in grösserer Ausdehnung jedenfalls nicht vorhanden, aber Untersuchung sehr erschwert. Stimme krächzend. Therapie: Gründliche Säuberung der Nase, des Mundes und der Ohren durch Massenspülungen mit physiol. Kochsalzlösung mittelst der Ziem'schen, einen continuierlichen Strahl ergebenden Druckpumpe; Ausspülungen in den ersten Tagen 2 mal, dann 1 mal täglich. Kein Wein, sondern kräftige Suppen.

Schon Tags darauf verlangte das Kind etwas zu essen und zeigte ein freieres Antlitz. Am 26. April trat eine Parese der Schlundmuskulatur auf, die am 1. Mai wieder verschwand. In den letzten Tagen des April, nachdem das Kind etwa 14 Tage gar nicht gesprochen und keinen articulierten Laut von sich gegeben, wurden wieder einzelne Laute und Wörter hervorgebracht, doch war eine klare, zusammenhängende Sprache erst Mitte Mai wieder vorhanden.



Woher nun die Aphasie? Durch die Gaumenlähmung konnte sie nicht bedingt sein, denn diese trat später auf und verschwand eher. Auch die Hörstörung war keine so hochgradige, dass das Sprechen deshalb unterlassen worden wäre. Eine Haemorrhagie oder Embolie im Gehirn war kaum bei dieser Schnelligkeit in der Wiederherstellung der Sprache im Spiel. Es kann sich nur um Hyperämie in der Broca'schen Windung, um motorische Aphasie gehandelt haben, wie solche häufig nach Infectionskrankheiten beobachtet wird, namentlich bei Kindern, wo nicht nur physiologische und psychologische, sondern auch anatomische Factoren mitsprechen. Letztere sind begründet 1. im Bestehen von Communicationen zwischen den Venen des Gehirns und denen der Nase, besonders auch vermittelst des im Kindesalter noch offenen Foramen coecum, 2. in der bei Kindern verhältnismässig geringen Entfernung der Regio Sylvii vom Cavum narium, sodass Stauungen im letzteren Gebiete nach der 3. Stirn- und 1. Schläfenwindung sich eher fortsetzen können. Ausspülungen der Nase mit Salzwasser müssen vermöge der in der Nasenhöhle und ihren Nachbargebieten hierbei stattfindenden Förderung der Circulation und Secretion, offenbar eine Degagierung des blutüberfüllten Gehirns zustande bringen. So wird wohl hier die so rasche Besserung der Aphasie zu erklären sein.

Was nun noch die Behandlung der diphtheritischen Gaumenlähmung anbelangt, hat Z. vielfach überraschend schnelle Heilungen bei Durchspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit der Druckpumpe und Salzlösung gesehen; diese Ausspülungen wirken nicht nur reinigend und die Thätigkeit der Muskulatur des Gaumens anregend, sondern sicherlich veranlassen sie auch regere Saftströmung in den bespülten Teilen, sodass in den betreffenden Geweben angehäufte Zersetzungsprodukte, Ptomaine u. dgl. leichter ausgeschieden werden. Wahrscheinlich sind diese Spülungen auch das beste Mittel, um das Uebergreifen der Lähmung auf den Kehlkopf zu verhindern.

---

102) **E. Kronenberg.** Ein Fall von Vaccineübertragung.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896. No. 25.)

Fälle von unfreiwilliger Ueberimpfung auf andere Personen findet man in der Litteratur recht selten, Fälle von generalisierter Vaccine nach Uebertragung noch viel seltener. Letzteren Fall beobachtete Kr.

Ein 8jähriger Knabe trat in seine Behandlung wegen eines hartnäckigen Ekzems des Naseneingangs, welches offenbar durch reichlich entwickelte adenoide Vegetationen hervorgerufen und unterhalten wurde. Die Operation unterblieb vorläufig aus äusseren Gründen und der Pat. blieb eine Reihe von Wochen aus. Am 16. Mai 1895 kam die Mutter mit demselben wieder mit der Angabe, der Ausschlag sei plötzlich viel schlimmer geworden.

In der That bot Pat. ein höchst ungewöhnliches Bild: Beide Nasenlöcher durch Borken verstopft, ihre Umgebung gerötet. Auf der Oberlippe zu beiden Seiten des Philtrum etwa erbsengrosse Blasen mit gleichfalls geröteter Umgebung. Die ganze Oberlippe stark geschwollen, ebenso das Lippenrot, auf welchem sich gerade in der Mitte eine excoriierte Stelle, anscheinend aus einer Blase hervorgegangen, befand. Vom Naseneingang setzte sich die Affection auf die Nase

fort, und zwar auf beide Hälften: zahlreiche linsen- bis mehr als erbsengrosse, mit gelblichem Inhalt erfüllte, pustulöse Efflorescenzen, teilweise mit Dellenbildung. Weiter zog sich die Blaseneruption über die rechte Wange und die Augenlider auf die rechte Schläfe. Ueberall die beschriebenen Blasen, die zwischenliegenden Hauptpartien geschwollen und gerötet; wo eine Blase von den übrigen entfernt lag, hatte sie einen roten Hof. Augenlider stark ödematös. An einigen Stellen Blasen geplatzt, wobei sie ein trübes, gelbliches Serum hatten ausfliessen lassen. Auch auf der Mundhöhle Affection verbreitet: auf dem Frenulum lab. sup. ebensolche Excoriation, wie auf der Lippe selbst, Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, wie auch der Tonsillen, gerötet; auf den geröteten Stellen zerstreut gelblichweisse Plaques, welche, bis zur Grösse einer Kaffeebohne, in der Zahl von 15—20 sich über diese Partieen verbreiteten.

Allgemeinbefinden nicht sehr gestört, Körpertemperatur um ein Geringes erhöht, keine Schmerzen.

Die Anamnese ergab, dass die Haut in der Umgebung des Ekzems vor 5 Tagen sich zu röten begonnen hatte, worauf die Blasen entstanden, die allmählich grösser wurden. Einige Tage vor Ausbruch der Affection hatte die Mutter ein zweites, geimpftes Kind gebadet und dabei die teilweise schon offenen Pusteln mit einem Schwamm gereinigt, mit dem unmittelbar darauf unser Pat. sich sein Gesicht wusch.

Der letztere Punkt führte Kr. auf die Diagnose. Der Vater des Pat. wurde mit dem Inhalt einer Pustel mit 3 Schnitten geimpft, aus dem einen entwickelte sich eine typische Pustel. Bei dem Pat. selbst schritt der Process nicht weiter fort, im Verlaufe einer Woche entleerten sich die Pusteln allmählich, ihr Inhalt trocknete ein, und am 4. Juni war die Erkrankung abgelaufen. Die meisten Blasen waren verschwunden, ohne Narben zu hinterlassen, mit Ausnahme einzelner auf der Oberlippe, an der Nase und Schläfe, die so aussehen, wie solche nach leichten Pocken. Das Ekzem, von dem die Infection ausging, heilte erst nach Beseitigung der adenoiden Vegetationen.

Kr. glaubt berechtigt zu sein, die Diagnose auf generalisierte Vaccine zu stellen. Abgesehen von der gelungenen Probeimpfung und der charakteristischen Anamnese, entspricht das Krankheitsbild auch keinen der anderen blasenbildenden Hautleiden. Kr. glaubt, dass solche Fälle durchaus nichts Seltenes sind, was auch klar ist, wenn man bedenkt, wie verbreitet gerade in den unteren Volksschichten, wo in der Regel geimpfte Kinder mit ungeimpften zusammenschlafen, dieselben Schwämme und Tücher benutzen u. s. w., das feuchte Ekzem ist. Eine richtige Diagnose ist sehr leicht, wenn man nur an Vaccine überhaupt denkt, und für die Praxis recht wichtig, da sie hier eine sichere Prognose und in der Regel eine durchaus abwartende Therapie bedeutet.

---

103) **R. Neurath.** Beitrag zur Larynxsyphilis im Kindesalter.

(Aus dem Carolinen-Kinderspital in Wien.)

(Jahrbuch der Kinderheilkunde Bd. XLI, Heft 3/4.)

N. bereichert die spärliche Casuistik der Larynxsyphilis im Kindesalter um folgenden interessanten Fall:

„Marie N., 6 Jahre alt, wurde am 8. Mai wegen Heiserkeit, Atem- und Schluckbeschwerden ins Spital gebracht. Sie ist das ältere von 2 Kindern und stammt von einem anderen Vater, als ihre 2jährige gesunde Schwester. Die Mutter behauptet, stets gesund gewesen zu sein, will nie abortiert haben; der Vater starb an einer der Mutter nicht bekannten Krankheit. Pat. soll angeblich

bis auf Ekzeme nie einen Ausschlag gezeigt haben, hat frühzeitig gehen und sprechen gelernt und mit 4 Jahren Masern überstanden. Seit einem Jahre besteht die Krankheit im Munde sowie Husten, der zeitweilig schlechter wird.

Das Kind zeigte bei seiner Aufnahme folgenden Befund: Grosses zartgebautes Kind, Haut blass, Fettpolster wenig entwickelt, Knochen gracil, ohne Auftreibungen, Tubera des Schädels etwas prominent. Keine Störungen im Gebiete der Sinnesorgane oder überhaupt des Nervensystems.

Am harten Gaumen fast seiner ganzen Länge nach, vorne etwa 1 cm hinter der Zahnreihe beginnend, ein fingerbreiter Spalt, der hart neben der Raphe hinziehend, nur die linke Gaumenhälfte betrifft. Der mediale Rand und die vordere und hintere Begrenzung des Spaltes scharf contouriert, glatt, von nahezu normal aussehender Schleimhaut überzogen, der laterale Rand stellenweise in geschwürigem Zerfall, unregelmäſsig gebuchtet, leicht schmierig belegt. Medial im Spalte der Vomer zu sehen. Aus der Nase fliesst Schleim in den Spalt. Rachen blass, die Schleimhaut von zahlreichen Narben durchzogen.

Zähne: Oben mehrere cariöse Milchzähne, die Schneidezähne fehlen, die unteren Schneidezähne ein wenig schief gestellt, von normalem Aussehen.

Längs des Unterkiefers und am Halse die Lymphdrüsen vergrössert, indolent, erstere bohnen- bis haselnussgross, letztere eben gut tastbar; auch Axillar- und Leistendrüsen gut tastbar.

Sprache exquisit nasal und heiser, nicht sonderlich laut, die Worte werden mit sichtlicher Anstrengung gesprochen. Kehlkopfspiegelbefund: Epiglottis an den Rändern ulceriert, wie geschrumpft, Verengerung der Glottis durch Infiltration der mässig gut beweglichen Stimmbänder. Aryknorpel unverändert. Mitunter regurgitieren genossene Flüssigkeiten durch die Nase.

Thorax flach, Rippenenden etwas aufgetrieben, untere Apertur weit, etwas aufgekrämpt, symmetrisch. Lungen- und Herzbefund in jeder Beziehung normal. Respiration regelmässig, gegenwärtig nicht dyspnoisch, nicht beschleunigt, bei Aufregung leichtes Stenosenatmen. Abdomen im Niveau des Thorax, keine freie Flüssigkeit, keine abnorme Resistenz. Leberdämpfung in der rechten Mammillargegend vom unteren Rand der 6. Rippe nach unten bis 2 Querfinger über den Rippenbogen reichend, in der Mittellinie bis zum unteren Ende des mittleren Drittels der Nabelxiphoideslinie. Leberoberfläche glatt, der Rand nicht tastbar. Milzdämpfung in normalen Grenzen, vorderer Pol nicht tastbar.

Harn, Stuhl, Appetit der Norm entsprechend. Nirgends Schmerzen. Etwas Husten, kein Auswurf, kein Fieber.

Das Kind wurde sofort einer Inunctionskur unterzogen.

Leider musste schon nach kurzer Zeit, am 25. Mai, das Kind auf dringenden Wunsch der Mutter aus dem Spitale entlassen werden. Kurz vor seiner Entlassung zeigte sich folgender laryngoskopische Befund: Epiglottis wie geschrumpft, geschwüriger Zerfall an derselben. Glottis etwas weiter, an beiden Stimmbändern, namentlich links Ulcerationen, am linken Stimmband ein zackiger Vorsprung.

Von Zeit zu Zeit wurde die kleine Pat. von der Mutter ins Spitalambulatorium gebracht und wir hatten Gelegenheit zu beobachten, wie in raschem Verlaufe sich der Gaumendefekt besserte, die geschwürige Veränderung des einen Randes zurückging und endlich nach kurzer Zeit der ganze Spalt von einem narbigen blassen Gewebe begrenzt war. Da sich inzwischen auch unter roborierender Therapie und Diät das Allgemeinbefinden gehoben hatte, Schwinden der Heiserkeit, ruhige Respiration uns auch das Recht zu geben schienen, auf einen günstigen Verlauf der Kehlkopfaffectionen schliessen zu dürfen, entschlossen wir uns auf Wunsch der Mutter zu einer plastischen Operation des Gaumendefektes und unterzogen das Kind um Mitte Juni der Uranoplastik. Das Kind blieb in ambulatorischer Behandlung. Die Operation hatte zwar keinen vollkommen günstigen Erfolg (2 Nähte versagten), wir erzielten aber immerhin ein recht zufriedenstellendes Resultat.

Am 26. Juni wird das Kind neuerdings, und zwar mit den Zeichen hochgradiger Stenose ins Spital gebracht. Es zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck, inspiriert mit leisem Stridor, zeigt leichte Einziehungen der unteren Intercostalräume. Das Gesicht cynnotisch, die Bulbi etwas vorgetrieben. Der Zustand soll Tags vorher aufgetreten und sich allmählich gesteigert haben. Ins Bett gebracht, beruhigt sich die Kleine binnen Kurzem, spricht mit lauter Stimme, die Cyanose schwindet, die Atmung ist noch immer beengt, Einziehungen der

Zwischenrippenräume gleichfalls noch vorhanden, aber das Kind, welches spielt, lacht, leidet kaum unter Luftmangel.

Die Tags darauf vorgenommene Spiegelung ergiebt: Epiglottis zum weitaus grössten Teil fehlend, die geringen Reste vollkommen geschwürig zerfallen. Die Schleimhaut der Aryknorpel, besonders links, stark geschwellt, falsche und wahre Stimmbänder bedeutend verdickt, exulceriert, namentlich links. Ventriculus Morgagni verstrichen. Die Stimmritze auf einen schmalen Spalt verengt, der sich bei der Inspiration sehr wenig erweitert; durch die unregelmässige Configuration der Stimmbänder die Stimmritze verzogen, sodass sie von vorne rechts nach hinten links steht. Einblick in die Trachea nicht möglich.

Wir setzten sofort die gegen unseren Willen unterbrochene Schmierkur fort.

Das Kind befand sich in den nächsten 2 Tagen sehr wohl, die Stenosenerscheinungen waren zurückgegangen, die Stimme war laut, und wir gaben uns der Hoffnung hin, dass wie bei dem ersten Aufenthalte im Spitale, auch jetzt sich bald werde ein Erfolg constatieren lassen. Das unheimliche Bild der Larynxstenose, das uns sofort nach der Aufnahme des Kindes an die Notwendigkeit der Tracheotomie denken liess, war geschwunden. Plötzlich jedoch sank das Kind am 30. Juli 9 Uhr früh in seinem Bette asphyctisch hin. Die sofort vorgenommene Tracheotomie und längere Zeit fortgesetzte künstliche Atmung blieben erfolglos, das Kind war tot.

Bei der Section fand sich, abgesehen von dem schon in vivo aufgenommenen Status, noch ein dilatiertes, starres, reichlich geronnenes Blut enthaltendes Herz und eine Leber, von zahlreichen narbigen Einziehungen an der Oberfläche durchsetzt, die strahlig in die Tiefe greifen, und durch dieselben zahlreiche Einziehungen, unförmig, grosslappig."

Die Beschaffenheit der Kehlkopfaffection stempelte dieselbe deutlich zu einer syphilitischen. Aber konnte nicht auch eine Combination der Syphilis mit Tuberkulose vorliegen, wie es häufig bei Erwachsenen der Fall ist? Die histologische Untersuchung gab Antwort: An Schnitten, die verschiedenen Stellen der erkrankten Partien entnommen waren, sah man diffuse zellige Infiltration des submucösen Gewebes, welche sich stellenweise bis nahe an den Knorpel erstreckte, im Centrum der einzelnen Rundzelleninfiltrate Necrose; hier und da Riesenzellen mit unsymmetrisch angereihten Kernen am Rande eingestreut. Die Schleimhautgeschwüre, deutlich aus solchen Infiltraten hervorgegangen, zeigten stellenweise unterminierte Ränder. Der Kehlkopfknorpel selbst schien unbeteiligt. Färbung auf Tuberkelbacillen gab ein durchwegs negatives Resultat. Es handelte sich also um eine rein luetische Affection, der tertiären Periode entsprechend. Und nicht nur das Kehlkopfleiden, sondern auch der grosse Defekt des harten Gaumens und der destructive Process im Pharynx mussten auf diese Spätform der Syphilis zurückgeführt werden, wobei merkwürdigerweise andere gummöse Bildungen, Veränderungen des Skeletts u. s. w. fehlten.

Woher aber der plötzliche Tod des Pat., der so rasch, ohne Erstickungssymptome eintrat, obwohl berechtigte Hoffnung vorhanden war, das Kind zu retten? Die Kehlkopfsyphilis im Kindesalter bietet ja eine bei weitem ungünstigere Prognose, als die des späteren Alters, besonders wegen der schweren Functionshemmung der engen Luftpassage durch Oedeme, wie sie oft plötzlich eintreten, oder durch Narbenzug, Verlötung benachbarter Partien im späteren Verlauf der Krankheit, auch weil Gefahr des Gottiskrampfes vorliegt. Hier scheint aber Herzlähmung den Exitus herbeigeführt zu haben, etwa analog dem plötzlichen Tod nach chirurgischer Kehlkopfbehandlung, z. B. nach partieller oder totaler Larynxresection, wie er manchmal be-

obachtet wird. Man könnte sich vielleicht vorstellen, dass hier der luetische Process die Endausbreitungen der Nervi laryngei in Mitleidenschaft gezogen, und dass, durch nicht näher bekannte ungünstige Bedingungen, vielleicht anatomischer Natur, unterstützt, dieser Reizungszustand genügt hat, auf reflectorischem Wege die Herzregulierung zu stören.

Was endlich die Aetiologie in unserem Falle anbetrifft, so handelt es sich offenbar nicht um hereditäre Lues, da nichts dafür spricht und der Leberbefund sogar dagegen zu sprechen scheint, da er eher nach acquirierter Lues aussieht. N. meint daher, es müsse sich um eine wahrscheinlich in den ersten Lebensjahren acquirierte Lues (wie? freilich unbekannt) handeln.

---

104) **J. E. Güntz.** Die Verhütung und Behandlung der blenorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen.

(Sep.-Abdr. des „Aerztl. Central-Anzeiger 1895. No. 19/20“.)

Wenn bei einer Schwangeren täglich die Geburt erwartet wird, zugleich Verdacht auf Scheiden-Blenorrhoë vorhanden oder wenn letztere zweifellos ist, so soll, selbst auf die Gefahr hin, dass bei schon erweitertem Muttermund der Eintritt der Geburt hierdurch eingeleitet werden könnte, energisch wiederholte Reinigung der Scheide vorgenommen werden. Hat die Geburt schon begonnen, so reinige man während der Wehen, und zwar sind 3 Mittel als kräftigste Zerstörungsmittel des im Scheidensecret enthaltenen Tripperpilzes zu empfehlen. Das reizloseste und sicherste, dabei ungiftige, das schon nach wenigen Minuten die Weiterentwickelung des Tripperpilzes hemmt, ist Thymollösung (1:1100), die in die Vagina eingespritzt oder mit Schwämmchen eingeführt wird. Nach der Geburt werde das Kind mit dieser Lösung gereinigt, auch die Augen, in die man auch etwas davon einträufelt. Empfehlenswert ist auch Jodoform (nach Ausspülung der Scheide mit lauem Wasser wird vor der Geburt ein damit imprägnierter Schwamm bis zum Muttermund geschoben) und filtriertes, von Kalk befreites, niedergeschlagenes Chlorwasser — Calcar. chlorat. 2,0—3,0:100,0 Filtretur —, mit dem ein Schwamm getränkt in die Vagina gebracht wird.

Bei bereits ausgebrochener Augenblenorrhoë bestehe die Behandlung, auch bei vorhandenem Hornhautgeschwür, aus Einstäubungen von fein pulverisiertem Jodoform, das kräftig auf den Tripperpilz einwirkt, infolge seiner Verdunstung bis in das submucöse Gewebe und in die Schichten der Hornhaut eindringt, aber dabei nicht im geringsten ätzt. Je profuser die Eiterung, desto häufiger muss natürlich eingepudert werden. Ausserdem sind sehr wichtig Eisumschläge. Bei einer Temperatur von 24° R. 24 Stunden lang angewendet, wird der Tripperpilz vernichtet; bei Eisumschlägen haben aber die Augen eine oft noch niedrigere Temperatur.

---

105) **E. Heuss.** Ein Fall von Duhring'scher Krankheit (Dermatitis herpetiformis).

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896, Bd. XXII. No. 7.)

Am 27. August 1892 wurde H. wegen des Ausschlages eines 17 Monate alten Knaben consultiert. Die Krankheit war zum 1. Male vor circa 8 Wochen ohne nachweisbare Ursache aufgetreten, wo die Mutter zufällig am Nacken des Kindes einige harte, rote, stecknadelkopfgrosse Knötchen bemerkte. Tags vorher noch ganz gesund gewesen, hatte der Pat. in der Nacht nur etwas unruhiger als sonst geschlafen. Im Verlaufe der nächsten Tage schossen auch am übrigen Körper da und dort Knötchen einzeln oder gruppenweise auf, auch einige Bläschen, wobei Pat. sich heftig kratzte, sonst aber wohl und munter war. Unter Zinksalbe verschwand das Exanthem innerhalb von 2 Wochen, teilweise mit Zurücklassen von braunen Flecken. Vor 14 Tagen wiederholte sich der Fall, ebenso rasch von einem Tage auf den anderen. Ein Arzt verordnete Schwefelsalbe, die anfangs gut zu wirken schien, bis plötzlich vor 2 Tagen ein neuer Schub von Efflorescenzen auftrat und H. consultiert wurde.

Status (2. Recidiv): Der schmächtige, sonst gut entwickelte, blasse Knabe vom Kopf bis zu den Füssen von einem krausen pêle-mêle von roten und braunen Flecken, Knötchen, Bläschen. Blasen, Krusten, strichförmigen Kratzeffecten bedeckt; die knötchen- und bläschenförmigen Gebilde überwiegen aber. Ganz frei nur Genitalgegend und Analfalten, schwach befallen Kopf, Vorderseite des Halses, Achselhöhlen, Schenkeldreieck, Palmae und Plantae, am intentivsten Extremitäten, besonders die unteren, und hier wieder mehr die Streckseiten. Efflorescenzen teils regellos isoliert, teils, besonders am Rumpf, zu 6, 8, 10 und mehr in unregelmässigen Gruppen, Kreisen und bogenförmigen Figuren; an einigen Stellen bilden 3—4 eine fast gerade Linie. Fast überall, am reichlichsten auf Hand- und Fussrücken, Knötchen: stecknadelkopf- bis linsengrosse, schwach bis lebhaft rote, etwas glänzende Gebilde von derber Beschaffenheit, spitz bis halbkugelig, oft eher zu fühlen, als zu sehen, ganz an Prurigoknötchen erinnernd. Einige tragen an ihrer Spitze ein feines Schüppchen, andere ein Bläschen, andere ein schwarzbraunes Börkchen. Teils erheben sie sich auf ganz normaler Haut (Bauch), teils (Handrücken, Nacken) unterliegende Haut ziemlich derb infiltriert. Vereinzelte quaddelähnliche Gebilde auf Rücken und Glutäalgegend. Die Bläschen bis erbsengross, meist lebhaft rot gehöftet, doch auch anscheinend vollständig normaler Haut aufsitzend, spitz bis halbkugelig vorgewölbt, rundlich, oval, kantig vorspringend, mit wasserklarem oder wolkigem bis eitrigem Inhalt, vereinzelt oder in Gruppen, doch nie in einander überfliessend, an manchen Partien eingetrocknet mit Hinterlassung einer schmutzig-gelben, fest aufsitzenden Borke, an anderen Stellen geplatzt oder aufgekratzt mit Auflagerung von dicken, gelbbräunlichen bis braunschwarzen Krüstchen und Krusten, nach deren Abheben eine oft leicht blutende, rotglänzende, feuchte Fläche zum Vorschein kommt. Zahlreiche Bläschen mit wolkig getrübtem bis eitrigem Inhalt auf Handrücken, Interdigitalfalten, vereinzelte, bis Erbsengrösse auf den Palmae, sodass die Affection einem scabiösen Ekzem äusserst ähnlich sieht. Eine kirschgrosse, halbkugelig sich verwölbende Blase mit wasserklarem Inhalt auf normaler Haut in linker Lendengegend, daneben eine etwas kleinere, mit zackig hervorspringenden Rändern, ebenfalls nicht gehöftet. Solche Blasen entstehen innerhalb weniger Stunden, platzen leicht und verschwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen. Vereinzelte Pigmentflecke an Rumpf und unteren Extremitäten, meistens einzelne rundliche, gelb- bis dunkelbraune, kirschgrosse und darunter; an einigen Rand etwas intensiver gefärbt, Centrum blasser und etwas eingesunken, die feinen Hautfurchen verstrichen, eine zarte, flache Narbe bildend. Bemerkenswert das Verhalten einiger Finger- und Zehennägel: die des kleinen Fingers links, des Daumens und Zeigefingers rechts, sowie der 3. rechten und 2. linken Zehe vom Nagelblatt mehr oder weniger abgehoben, glanzlos, undurchsichtig, schmutzigweiss, mörtelartig bröckelnd, von einem frischen, dünnen, anscheinend gesunden Nagelsaume nach vorn geschoben. Nacken-, Axillar- und Leistendrüsen geschwollen, bis bohnengross, leicht beweglich, nicht druckempfindlich. Sonst alles normal. — Ordination: Arsen in langsam steigenden Dosen, lokal 2%ige Salicylzinksalbe.

3. Recidiv. H. sah den Pat. am 22. September wieder. „Der Ausschlag sei auf die Salbe und Tropfen innerhalb 8 Tagen fast vollständig verschwunden. Darauf wurde mit der Salbe ausgesetzt, als plötzlich vor einigen Tagen der Ausschlag wieder auftrat, diesmal zuerst an Hand- und Fussrücken, sowie zwischen den Fingern." Ausser an genannten Stellen auf der Streckseite der Arme und Beine, spärlich an der Glutealgegend teils isoliert, teils in Gruppen von 10—20 stehende Knötchen und Bläschen von oben beschriebenem Aussehen, nirgends über Linsengrösse. Die alten Efflorescenzen sämtlich, teilweise unter Pigmentation und Narbenbildung, abgeheilt. Die erkrankten Nägel in Abstossung begriffen; der nachrückende Nagel von normalem Aussehen. — Gleiche Medication.

4. Recidiv. 20. Oktober. In der Nacht vom 18. zum 19. war der Knabe wieder sehr unruhig. Das papulöse Element ist jetzt vorherrschend (vereinzelte Bläschen auf Wangen und Beugeseiten der Arme), am reichlichsten am Nacken, Rücken, Streckseite der Extremitäten, teilweise die abgeheilten, pigmentierten Partien mehr oder weniger in Kreisbogen umfassend. Auf der linken Wange eine Gruppe von 10 stecknadelkopfgrossen Bläschen mit wässrigem Inhalt auf rotem Grund. Im Capillitium verstreut vereinzelte Knötchen. Heftiges Jucken. Nagelreste total abgestossen, die neuen Nägel normal. — Auf die Mitteilung der Mutter, sie merke schon vorher an der Unruhe, Gereiztheit u. s. w. den bevorstehenden Anfall, wird Antipyrin à 0,3 verordnet, damit Pat. vor dem zu erwartenden Anfall 1 Pulver erhalte.

5. Recidiv. 2. November. Die Mutter berichtet: Der alte Ausschlag sei noch nicht vollständig verschwunden gewesen, als vorgestern über Nacht trotz Antipyrin neue Blasen aufgetreten seien, die rasch eitrig geworden. — Die bis Erbsen- und Haselnussgrösse aufgeschossenen, unregelmässig rundlichen, oft zackig vorspringenden, teils mit dickem, rahmigem Eiter gefüllten, teils geplatzten und zu braungelben, dicken Borken eingetrockneten Pusteln auf stark geröteter Basis erinnern ganz an Impetigo e scabie. Ordination: Amylum-Bäder mit Zusatz von 1% Borsäure, hierauf 2%ige Salicylpaste. Befallen besonders Extremitäten, Glutealgegend, Wangen.

12. November. Das bullös-pustulöse Exanthem hat sich auch auf den Rumpf ausgedehnt, teils Gruppen und Kreise bildend. Starke Infiltration der Umgebung. Das Allgemeinbefinden, bisher gut, hat jetzt gelitten; Pat. isst nicht, Temp. 39,2°. Antipyrin.

16. November. Ausschlag bedeutend abgenommen; die grösstenteils geplatzten Pusteln zu braungelben Krusten eingetrocknet. In Achselhöhle vereinzelte neue Bläschen. Kein Fieber.

Der Zustand bessert sich successiv. Zu Weihnachten Affection überall vollständig abgeheilt, zahlreiche braune Pigmentfleckchen zurücklassend.

Im Laufe der nächsten 3 Jahre trat der Ausschlag nur noch vereinzelt auf, hauptsächlich im Sommer und im Anschluss an psychische Erregungen, doch lange nicht mehr in der früheren Intensität, sondern mehr nur in isolierten, lebhaft juckenden Knötchen- und Bläschengruppen an Nacken, Rücken und Extremitäten. Neben kräftiger Ernährung, speciell Milch, kalten Abreibungen und Bädern, frischer Luft u. s. w. war auf jede andere Therapie verzichtet worden. Seit Sept. 1894 trat gar kein Anfall mehr auf, Pat. ist vollkommen gesund, an das Leiden erinnern nur zahlreiche Pigmentflecke, die teilweise in der Mitte narbig vertieft sind.

Die hervorstechendsten Symptome dieser Krankheitsgeschichte sind die Vielgestaltigkeit der Efflorescenzen, das Recidivieren, das relativ gute Allgemeinbefinden, der Juckreiz. Die Diagnose „Dermatitis herpetiformis Duhring" ist gegeben, andere Affectionen lassen sich leicht ausschliessen. Auffallend war die Erkrankung der Nägel, die bei jenem Leiden äusserst selten beobachtet wird, und das jugendliche Alter des Pat., das bei der Duhring'schen Krankheit ebenfalls recht selten zu finden ist. Unna hat auf eine eigentümliche, wahrscheinlich nur im Knabenalter und hereditär vorkommende Affection hingewiesen, die er aus dem Gesamtbilde der Duhring'schen Krankheit als „Hydroa neonatorum" loslöste; er

gab ausser der in allen 5 Fällen nachgewiesenen Heredität 10 Symptome als charakteristisch an:

1. Den frühen Beginn in den ersten Lebensjahren;
2. das die ganze Krankeit hindurch anhaltende Recidivieren;
3. das Punctum maximum der Anfälle in der heissen Jahreszeit;
4. die geringe Polymorphie des fast nur aus papulösen Erythemen, nicht-eitrigen Blasen und Bläschen bestehenden Exanthems;
5. das stärkere Hervortreten der Schmerz- gegenüber den Juckempfindungen, welch letztere bei den Erwachsenen in den Vordergrund zu treten pflegen;
6. die Akuität der einzelnen Anfälle;
7. die fast regelmässige Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens bereits vor Ausbruch des Exanthems;
8. die allmähliche, spontane Abschwächung der Anfälle an Extensität, Intensität, Dauer und Zahl gegen die Zeit der Pubertät;
9. das spontane gänzliche Verschwinden des Exanthems oder seine Reduction auf geringe und seltene Nachschübe zur Zeit des Mannesalters;
10. möglicherweise Beschränkung auf das männliche Geschlecht.

Ob obiger Fall dieser Form angehört, ist, weil einige Punkte nicht übereinstimmen, zweifelhaft.

---

106) **D. Galatti.** Ein Fall von Oedem der Haut und des Gehirns.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896. No. 15.)

Jüngst hat Beer auf das Vorkommen von Oedemen an der Haut und im Gehirn, die unter dem Einflusse von Autointoxicationen vorkommen, hingewiesen. G. berichtet nun von einem ähnlichen Falle:

7 Monate altes Kind, stets gesund, bekam am 6. Januar 1894 einen Ausschlag, bestehend in einem über den ganzen Stamm ausgebreiteten, spärlichen, masernähnlichen Exanthem von rosaroter Farbe. Bindehaut der Lider leicht gerötet, leichter Nasenkatarrh, Temperatur 38°. Tags darauf Exanthem verschwunden, an beiden Unterschenkeln und Füssen aber ödematöse, ziemlich beträchtliche Schwellung, rechte obere Extremität schlaff gelähmt herabhängend. Temperatur normal. Stühle unverdaut. Am 8. Januar rechter Unterschenkel abgeschwellt, die gelähmte Extremität schon beweglich. Tags darauf beide Unterschenkel abgeschwellt, Beweglichkeit der gelähmten Extremität noch mehr gebessert. Nach einer Krankheitsdauer von 12 Tagen alle Symptome, auch die leichten Verdauungsbeschwerden, verschwunden.

Exanthem, Oedem der Extremitäten und Lähmung sieht G. als Folgen der Intoxication vom Darm aus an, die isolierte Lähmung als Folge eines umschriebenen Oedems des Gehirns. Für diese Annahme spricht schon der Verlauf: Die Oedemflüssigkeit an beiden Orten gelangte in wenigen Tagen zur Resorption — es war Salol in kleinen Dosen verabreicht worden — gleichzeitig mit dem Verschwinden der Darmerscheinungen. Solche Lähmungen werden oft fälschlich auf Lues bezogen, die hier sicher auszuschliessen ist.



107) **v. Bremen.** Ein Beitrag zur Casuistik des chronischen Hydrocephalus.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1896. Bd. XLI. Heft 3/4.)

Der Fall betrifft das zweite Kind eines Lehrers. Dieser und seine Frau sind gesund, das erste Kind ist geistig und körperlich gut entwickelt. Bei der Geburt haben Arzt und Hebamme bei der Neugeborenen nichts Auffälliges bemerkt, nur die Mutter will gesehen haben, dass der Hinterkopf sehr gross war. Nach 4 Wochen war der Kopf bedeutend gewachsen, und der Schädelumfang nahm weiter rapid zu trotz aller gebräuchlichen internen Mittel, und soll im 1. Halbjahr die jetzige Grösse erreicht haben. Krämpfe hat das Kind nie gehabt.

Als v. B. das 2 Jahre alte Kind sah, zeigte dasselbe ein kleines Gesicht, frische Farben, Schwellung der unteren Augenlider; der Schädel war in einen mächtigen fluctuierenden Hautsack umgewandelt, in dem einzelne Knochenplatten zu fühlen waren; die Venen waren erweitert und liefen als deutlich sichtbare Stränge zwischen dem langen, weichen, aber dünnen Haar dahin. Grösster Umfang des Kopfes 64 cm, Entfernung von einem äusseren Gehörgang zum anderen 48 cm, die von der Nasenwurzel bis zum Tuber occipitale 31 cm. Länge des Kindes vom Nacken bis zur Ferse 66 cm, vom Scheitel bis zur Ferse 91 cm. Körper sehr mager, Extremitäten frei beweglich. 5 Zähne, 4 Schneide- und 1 Backzahn, sind ohne Beschwerden durchgebrochen. Hauptnahrung: Milch aus der Flasche. Intelligenz fast völlig normal; das Kind sagt „Papa“, „Mama“, singt, spricht alles nach mit eigentümlich gleichförmigem Ausdruck der Stimme, spielt gern, kennt alle Hausbewohner u. s. w.

Dieser Fall ist vor allem wegen der Prognosenstellung wichtig, indem er zeigt, wie vorsichtig man dabei sein muss. Mehrere früher consultierte Ärzte hatten erklärt, bei dieser colossalen Wasseransammlung sei an eine Entwickelung der Intelligenz gar nicht zu denken; sie verloren darum das Vertrauen der Eltern, die jetzt besonders wissen wollten, ob das Kind operiert werden könnte. v. B. konnte nach dem heutigen Stande der Wissenschaft wenig Aussicht auf Heilung machen und riet, abzuwarten, was auch befolgt wurde.

---

108) **Kretschmann.** Ein Fall von Meningitis serosa durch Operation geheilt.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 16.)

Die intracraniellen Complicationen der Eiterungen im Felsenbein haben Dank der Errungenschaften der letzten Jahre von ihrer früher fast absolut hoffnungslosen Prognose viel verloren; die Zahl der operativ geheilten Sinusthrombosen, extraduralen und Hirnabscesse wird immer grösser. Dass auch die Quinke'sche Meningitis serosa erfolgreich durch Operation behandelt werden kann, zeigt der folgende Fall:

Der 13jährige Pat. war bisher frei von schweren Krankheiten geblieben, nur besteht seit den ersten Lebensjahren eine rechtsseitige fötide Ohreiterung. Seit 14 Tagen ist der sonst muntere Knabe einsilbig, verschlossen, klagt über Frösteln. In den letzten Tagen konnte er sich nicht mehr aufrecht halten, hatte heftige Kopfschmerzen im Hinterkopf, häufiges Erbrechen, Abmagerung und Unruhe, auch Schwindel.

Status praesens: Der sehr heruntergekommene Pat. macht einen schwerkranken Eindruck. Schmerzhafter Gesichtsausdruck, mässige Nackensteifigkeit. Puls 54, kein Fieber. Der r. Gehörgang erfüllt mit dünnflüssigem stinkenden Eiter. Trommelfell fehlt. Paukenhöhle voller Granulationen. Dazwischen Cholesteatommassen. Weichteile der Warzenfortsatzgegend normal. Geringe Druck-

empfindlichkeit. Augenhintergrund zeigt beiderseits die Contouren der Papille opt. verwachsen, die Venen geschlängelt.

Diagnose: Cholesteatom des r. Felsenbeins mit intracranieller Complication, deren Sitz wahrscheinlich in der hinteren Schädelgrube zu suchen ist.

In den nächsten 3 Tagen keine Besserung, daher Operation. „Der Warzenfortsatz wurde durch einen die Wurzel der Ohrmuschel umgreifenden, bis zur Spitze des Proc. reichenden Bogenschnitt freigelegt. Wenige Meisselschläge fördern ein ausgedehntes, in Zerfall begriffenes Cholesteatom zu Tage. Fortnahme der hinteren knöchernen Gehörgangswand und der Pars ossea der lateralen Paukenwand. Ein nach dem Sinus transv. führender Durchbruch wird erweitert. Sinuswand stark verdickt, nicht pulsierend. Eine Incision in den Sinus legt einen roten gutartigen Thrombus frei, der, wie die bei tieferem Einschneiden auftretende Blutung erweist, nicht obturiert. Durch eine senkrecht auf die Mitte des ersten Bogenschnittes geführte Incision wird die Hinterhauptgegend freigelegt und eine Knochenöffnung von Dreimarkstückgrösse geschaffen. Die Dura des Kleinhirns drängt sich in den Defekt. Sie fühlt sich prall gespannt an. Beim Einschneiden derselben spritzt eine Menge seröser Flüssigkeit mit grosser Gewalt heraus. Kreuzschnitt in die Dura im Umfang des Knochendefektes. Das Gehirn stürzt in die Lücke und bildet einen Prolaps in der Grösse eines halben Hühnereies. Die Gefässe der Pia sind stark gefüllt. Eine Anzahl Einstiche in die Gehirnsubstanz nach verschiedenen Richtungen führt zu keinem positiven Resultat. Nunmehr wird vom vorderen Winkel des Bogenschnittes senkrecht nach oben eine Spaltung der Weichteile vorgenommen, dieselben zurückgeschoben. Mittels Vergrösserung der Knochenhöhle des Warzenfortsatzes durch Abmeisslung des Tegmen antri et tympani, sowie eines Teiles der Schläfenschuppe, wird der Schläfenlappen in Markstückgrösse freigelegt. Dura hier weniger gespannt. Incision, ebenfalls Erguss von Flüssigkeit, aber geringer. Die wiederholte Punktion des Schläfenlappens fördert keinen Eiter zu Tage. Hirnprolaps von Walnussgrösse. Die Knochenhöhle wird mit Jodoformgaze ausgefüllt, die ausgedehnte übrige Wunde mit demselben Material bedeckt."

Die Operation bestätigte also die Diagnose: es fand sich ein ausgedehntes, in Zerfall begriffenes Cholesteatom, ausserdem ein nicht infectiöser wandständiger Thrombus im Sinus transversus, der aber als Ursache für die Hirnerscheinungen nicht in Anspruch genommen werden konnte. Eine subdurale Eiterung fand sich nicht, ebensowenig konnte ein Abscess in der Kleinhirnhemisphäre nachgewiesen werden. Dagegen fiel auf die reichliche Menge von Flüssigkeit, welche bei Eröffnung der Dura mit erheblicher Gewalt herausspritzte, und das starke Hervorquellen der Gehirnsubstanz aus dem Duralschlitz. Die Prognose schien recht trübe. Ein Hirnabscess war trotz der negativen Punktionen nicht auszuschliessen, da bekanntlich oft genug ein solcher bei der Operation verfehlt wird. Es blieb also noch die Hoffnung, dass event. ein solcher durch die Operationsöffnung leichter einen Ausweg finden könnte. Handelte es sich aber nicht um einen solchen, so kam ein Tumor in Frage, die Prognose wurde noch trüber. Um so erfreulicher war der Krankheitsverlauf in den ersten Tagen; Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel waren mit einem Schlage verschwunden, die Apathie wich einer gesunden Gemütsstimmung, der Puls hob sich, die Stauungspapillen nahmen ab. Dieser plötzliche Wechsel in den Erscheinungen und die enorme Absonderung von Liquor cerebrospinal. während der ersten Wochen mussten auf den Gedanken bringen, ob nicht eine Hypersecretion von Liquor cerebrosp. allein die Ursache der Gehirnerscheinungen gewesen sei, d. h. die Quinke'sche Meningitis serosa vorliege. Dieser Gedanke wurde genährt durch

den günstigen weiteren Heilungsverlauf, der allerdings gegen Ende der 2. Woche unterbrochen wurde durch neuerliche Cerebralerscheinungen, wie Pulsverlangsamung, Erbrechen, Zunahme der Stauungspapillen, wobei eine erhebliche Verminderung der Absonderung von Liquor cerebrospin. eintrat. Die Ursache musste eine Retention der Flüssigkeit sein, wodurch erneute Drucksteigerung im Schädelinneren hervorgerufen wurde. Der weiterhin auftretende Nystagmus, sowie eine Parese des rechten Abducens konnten ebenfalls auf Rechnung der Druckvermehrung gesetzt werden. Mehr Bedenken verursachten Coordinationsstörungen der rechten Extremitäten; sie konnten wohl durch Heilungsvorgänge an der prolabierten Kleinhirnhemisphäre, aber ebensogut durch Veränderungen in der Kleinhirnsubstanz selbst bedingt sein. Glücklicherweise begannen nach weiteren 3 Wochen alle diese Symptome wieder zurückzugehen, wobei gleichzeitig wieder der Störungen Liquor cerebrospin. reichlich abfloss. Im weiteren Verlauf keine mehr, Pat. genas vollständig und blieb bisher, 10 Monate lang, gesund, sodass die Diagnose Meningitis serosa zweifellos richtig war.

Diese Affection wird nach Quinke veranlasst durch Traumen des Kopfes, anhaltende geistige Anstrengung, acute und chronische Alkoholwirkung, acute fieberhafte Krankheiten. Keins von diesen Momenten traf hier zu, wohl aber kam die langjährige Eiterung im Felsenbein in Betracht. Seröse Pleuritis entsteht oft bei Rippencaries, Gelenkerguss bei Erkrankung in der Epiphyse, so kann auch zweifellos jene Combination zustande kommen und dürfte auch jetzt häufig constatiert werden, wo man auf diesen Zusammenhang mehr achten wird.

Bei der Behandlung wird unter anderen die breite Eröffnung des Schädels und Intraduralraumes in Frage kommen müssen. Durch diese werden die Gefahren der Drucksteigerung am sichersten vermieden, und durch den Abschluss der Entzündungsprodukte wird das Heilbestreben der Hirnhäute am besten unterstützt. Zudem wird man die Diagnose selten sicher präcisieren können, man wird an Abscesse denken müssen, und um so gerechtfertigter ein operatives Eingreifen hinstellen dürfen. Ein Fehler wird es also nie sein, wenn man bei Symptomen, die auf intracranielle Veränderungen im Anschluss an eitrige Processe des Felsenbeines deuten und nicht gerade als diffuse eitrige Meningitis aufzufassen sind, wenn man dann Schädel und Dura eröffnet; auch wenn sich kein Eiter findet, kann der Eingriff doch von gutem Erfolg gekrönt sein.

---

109) **E. Hansen.** Ein seltener Fall von Poliomyelitis anterior acuta mit Gehirnerscheinungen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896. No. 13.)

Pat., ein 8jähriges Mädchen, hatte im ersten halben Jahre ihres Lebens an klonischen Krämpfen, die täglich 1—2 mal im rechten Arm und Augenlid auftraten, gegen 6 Wochen gelitten, dann aber sich normal entwickelt und bis jetzt sich bester Gesundheit erfreut. Das psychisch gut entwickelte, intelligente Kind klagte einige Tage vor seiner jetzigen Erkrankung, obwohl scheinbar ganz gesund, über starke Ermüdung beim Gehen, auch über Rücken- und Kopfschmerzen. Plötzlich, nach einem längeren Spaziergang, in der Nacht vom 5./6. August allgemeine tonische Krämpfe, erst opisthotonische Streckung des Rumpfes nach hinten, dann extreme Beugung nach vorn mit Verschränkung der

Arme. Vorher starkes Erbrechen, während der Krämpfe Hitze, die erst mit dem Aufhören jener, am 7. August wich. Während dieser Zeit gewisse Trübung des Bewusstseins.

Soweit die Aussagen der Eltern. H. sah Pat. zuerst am 10. August. Vor allem auffallend die eigentümlich schlaffe Beschaffenheit und Abmagerung der ganzen Körpermuskulatur. Arme und Beine passiv erhoben, fielen kraftlos zurück, Sensibilität erhalten, centripetale Leitung aber verlangsamt, Patellarreflexe und Hautreflexe fehlten. Die ein paar Tage später vorgenommene faradische Untersuchung ergab quantitativ stark herabgesetzte, aber qualitativ unveränderte Zuckung bei direkter und indirekter Reizung. Pupillen mäfsig dilatiert, ein wenig ungleich. Auf Verlangen, die Zunge zu zeigen, reisst Pat. den Mund weit auf, streckt jene aber nur ganz wenig und mühsam heraus. Vollständige Aphasie. Die Extremitäten werden um ein geringes auf der Unterlage verschoben. Richtet man Pat. auf, so fällt der ganze Körper schlaff zusammen, der Kopf baumelt hin und her — also hochgradige, wenn auch nicht complete motorische Lähmung der gesamten Rumpfmuskulatur mit etwas herabgesetzter Sensibilität und aufgehobener Reflexthätigkeit.

Schon 2 Tage später, am 12. August merkbare Veränderung. Sensorium völlig frei, die Extremitäten können schon etwas bewegt werden, aber mit ruckweisen, schleudernden Absätzen. Diese uncoordinierten Bewegungen auch am Gesicht merkbar (jenes Aufreissen des Mundes beim Zeigen der Zunge!), auch bei Kaubewegungen Parese der Muskeln, sodass nur Flüssigkeiten genommen werden können. Besserung des Sprachvermögens; am 13. August bringt Pat. mit Anstrengung die Silbe „Ei" heraus, Tags darauf „Ei olle", aber so mühsam und schwerfällig, dass die Aphasie deutlich als motorische oder ataktische zu Tage tritt. Weiter so rapide Besserung, dass schon nach 5 Tagen, also am Ende der 2. Woche, zusammenhängend, aber schwerfällig, gesprochen wird und auch gelesen, freilich nur grosse Druckschrift, kleinere in keiner Entfernung, weil „ein Nebel vor ist"; in der Ferne normales Sehen. Also Accomodationsparese leichteren Grades, die sich aber auch in kurzer Zeit besserte, gleichen Schritt haltend mit der Besserung der Lähmung der gesamten Körpermuskulatur, sodass Pat. am 30. August schon allein aufrecht sitzen und den Kopf halten konnte. Die Patellarreflexe waren schon am 26. August wiedergekehrt. Im übrigen Pat. jetzt völlig wohl, nur die unteren Extremitäten noch etwas paraplegisch. Beim Gehen werden die Beine schwellend, stampfend bewegt, was aber auch nach weiteren 7 Tagen, genau am Ende der 4. Krankheitswoche, nicht mehr der Fall ist, wo Pat. allein, freilich noch etwas schwankend geht. Nach weiteren 5 Tagen, am 7. September war von allen Symptomen nichts mehr übrig als eine geringe, aber noch deutlich merkbare Coordinationsstörung und motorische Schwäche der unteren Extremitäten, was am 15. September, dem Entlassungstage des jetzt durchaus munteren und kräftigen Pat., auch nur noch in ganz geringem Grade der Fall ist.

Also von Seiten des Gehirns waren afficiert: Der Oculomotorius, die motorischen Zweige des Trigeminus, des Hypoglossus (Accommodationsparese, starke Behinderung der Kaubewegungen, motorische Aphasie), von Seiten des Rückenmarks das Gebiet der Vorderhörner (schlaffe, paraplegische Lähmung der ganzen Rumpfmuskulatur, Erlöschen der Haut- und Sehnenreflexe bei erhaltener, wenn auch herabgeminderter Sensibilität), aber es fanden sich gleichzeitig ausgesprochene Zeichen der Ataxie vor in einem Grade, wie sie sonst nur bei Erkrankung der Goll'schen und Burdach'schen Stränge auftreten, sodass wir also an eine Läsion sowohl der motorischen als sensiblen Sphäre des Rückenmarks, d. h. an eine diffuse, nicht eine Systemerkrankung derselben denken müssten, wenn wir nicht wüssten, dass zweifellos sowohl eine Erkrankung der Leitungsbahnen als auch eine solche des Coordinationscentrums im Gehirn selbst, welches eine mehr diffuse über Pons, Vierhügel, Medulla oblongata und Wurm des Kleinhirns sich erstrekende Ausbreitung besitzt, zu Ataxie führen

kann (bulbäre Ataxie). Das eben erwähnte ist aber auch das Gebiet, das den Ursprungskernen des Oculomotorius, der motorischen Wurzeln des Trigem. und Hypoglossus entspricht, sodass die Annahme einer cerebralen Ataxie wohl nicht unberechtigt erscheint.

Die Diagnose selbst konnte zunächst zweifelhaft sein. Die Initialsymptome (plötzlicher Eintritt und Erbrechen, Fieber, Pupillendifferenz, Arhythmie, Bewusstseinstrübung) schienen auf einen meningealen Prozess zu deuten, aber es treten keinerlei Schmerzen, Nackenstarre, Halbseitenläsion, keine Zunahme der Erscheinungen, vielmehr ein Nachlass ein, die paraplegischen Symptome von Seiten des Rückenmarks, die Ataxie, Accommodationslähmung und Aphasie dominieren fortan, und diese 4 Cardinalsymptome haben, sobald sich die Situation nach Cessieren der Convulsionen überblicken lässt, von vornherein ihre Acme erreicht und gehen correspondierend in auffallend schneller Weise zurück. Dieses Factum, nämlich dass bei einer spinalen Lähmung der höchste Grad derselben von vornherein, wie mit einem Schlage erreicht wird, ein Vorkommnis, wie es gerade bei der Poliomyelitis anter. acuta statt hat, musste die Diagnose klar stellen. Aber woher kam die Beteiligung jener Hirnnerven? Acute cerebrale Kinderlähmung, multiple degenerative Neuritis oder Myelitis transversalis oder centralis waren auszuschliessen. Für erstere fehlte das allein charakteristische und massgebende Moment, die Hemiplegie und Steigerung der Sehnenreflexe, für die zweite ausser anderen Zeichen besonders die Schmerzen, für die dritte die Blasen- und Mastdarmstörungen, die erhöhten Reflexe, die trophischen Störungen der Haut. Also, es musste eine atypische Form der Poliomyelitis anter. acuta vorliegen. Dass die Affection mit cerebralen Reizsymptomen beginnt, ist schon öfters dagewesen. Dass keine Entartungsreaction sich nachweisen liess, wohl aber eine quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, kann daran liegen, dass die Untersuchung zu früh vorgenommen wurde, ehe also noch eine stärkere Läsion der trophischen Centren Platz gegriffen hatte, oder aber daran, dass letztere überhaupt gar nicht zu Stande kam, was nach dem schnellen und günstigen Verlauf wahrscheinlich erscheint. Die Thatsache, dass die infantile Spinallähmung nur bis zum 4. Lebensjahre vorkommt, fällt auch nicht sehr ins Gewicht; wir brauchen ja bloss die Poliomyelitis acuta der Erwachsenen heranzuziehen, obwohl Pat. erst 8 Jahre alt ist. Da wären auch die motorischen Gehirnstörungen erklärt. Nach Bramwell z. B. ist die Affection bei Erwachsenen identisch mit der infantilen, nur dass die von den Hirnnerven versorgten Muskeln häufiger bei ersteren afficiert sind, auch dass bei ihnen Aphasie vorkommen kann. Henoch beobachtete bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde mit infantiler Poliomyelitis anter. acuta Paralyse des linken Facialis, die später ganz zurückging, was auch von Seligmüller und Eisenlohr gesehen worden ist, und er meint, dass „das Auftreten von Sopor und Convulsionen in manchen Fällen des fieberhaften Initialstadiums in der That dafür zeugen, dass die Teilnahme des Gehirns öfter stattfinden mag, als man anzunehmen pflegt.“

Was die Therapie anbelangt, so verordnete H. in den ersten

Tagen Eisblase auf den Kopf, intern Jodkali, und laue Bäder von 26° R. Als Pat. die Sprache wieder bekam und über Kältegefühl in der Wanne klagte, begann H. (in der 2. Krankheitswoche) mit täglichen Bädern von 31° R. und 20 Minuten Dauer, wobei sich die motorische Rumpflähmung rasch besserte. Am Ende der 3. Woche wurden Strychnininjectionen gemacht, zuerst à 0,001 von einer 1%igen Lösung pro dosi et die, von der 3. Injection an à 0,002, wobei man blieb. Im Ganzen wurde 13mal injiciert. H. glaubt, dass die heissen Bäder und die Injectionen in ähnlichen Fällen angewendet zu werden verdienen, wenn auch der günstige Verlauf des Falles nicht dieser Therapie allein zu verdanken ist.

---

110) **J. Blazicek.** Pseudotetanie, vorgetäuscht durch Hysterie.

(Aus der III. medicin. Klinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 19.)

Ein 14jähriger Realschüler, bisher stets gesund, doch immer sehr nervös, von einem ausserordentlich „nervösen" Vater abstammend, fühlte plötzlich vor 5 Wochen in der Schule während des Schreibens, wie sich seine rechte Hand krampfartig zusammenzog, nachdem kurz vorher Parasthesien (Ameisenlaufen) daselbst vorausgegangen waren; der Krampfanfall soll durch mehrere Stunden angedauert haben, ohne dass Bewusstseinsstörung eintrat; es bestanden dabei heftige Schmerzen in der betroffenen Hand. Am nächsten Tage wiederholte sich der Krampf an der rechten Hand, und erst am 3. Tage der Affection traten die Krämpfe in beiden oberen Extremitäten auf; nach 2 Wochen gesellten sich auch Krämpfe in den unteren Extremitäten hinzu. Bewusstseinsverlust ist während der Krämpfe nie eingetreten; jedoch soll der Kranke einmal bei Nacht in Krämpfen gelegen sein und Schaum vor dem Munde gehabt haben, wobei es aber in der Erzählung des Knaben sehr auffallend erscheint, wie genau er selbst den Vorgang schildert, während dessen er bewusstlos gewesen sein soll. Bis jetzt blieben die Krämpfe fast ununterbrochen bestehen.

Untersuchung der inneren Organe fällt durchaus negativ aus. Ebenso die Untersuchung des Urins.

Die Krämpfe sind bei dem Pat. künstlich hervorzurufen und spielen sich dann in derselben Weise ab, wie wenn sie spontan sich entwickeln; drückt man mit einiger Gewalt auf das Gefässnervenpaquet eines Armes, so tritt kurze Zeit nachher ohne vorausgehendes Ziehen im Unterarm oder Hand ein Krampf in beiden Händen auf, wobei die Finger zur Faust geballt, der Daumen in die Hohlhand eingeschlagen, die Hand im Handgelenk gestreckt gehalten wird; von einer Pronation der Vorderarme ist nichts zu sehen. Die Gesichtszüge des Pat. drücken dabei heftigen Schmerz aus. Die Krämpfe kann man aber wiederum, worauf Pat. selbst aufmerksam macht, künstlich sofort beheben, wenn man den Daumen mit mäfsiger Gewalt aus der Hohlhand herausbringt; mit Lösung des Daumens verschwindet der Krampf in der betreffenden Hand. Ganz ähnliche Krampfanfälle kann man auch an den unteren Extremitäten durch Druck auf das Gefässnervenpaquet in der Kniebeuge hervorrufen; auch hier tritt der Krampf an beiden Extremitäten auf, wenn man nur auf die Kniekehle einer Seite drückt. Die Krämpfe in den Beinen verlaufen in der Weise, dass die Beine im Kniegelenke gestreckt, im Sprunggelenke und den Zehengelenken maximal plantarwärts flectiert erscheinen; man kann sie zum Verschwinden bringen, wenn man die grosse Zehe empordrückt.

Das Krankheitsbild legt die Diagnose „Tetanie" sehr nahe; die genauere Prüfung aber ergiebt starke Abweichungen. Schon das Auftreten der Krämpfe beiderseits, wenn man eine Seite erregt, ist recht auffallend. Dazu kommt die Art des Einsetzens der Krämpfe: bei Tetanie stellen sich zunächst Parästhesien ein, worauf sich der Krampf allmälig entwickelt; hier tritt derselbe blitzartig

ein und zeigt weiter keine weitere Exacerbation. Auch die Krampfstellung weicht ab. Bei Tetanie findet man gewöhnlich die Finger in den Interphalangealgelenken gestreckt, in den Metacarpophalangealgelenken gebeugt, hier sieht man Fausstellung; allerdings ist es ja auch manchmal bei Tetanie anders, und namentlich bei Kindern kommt zumeist Faustetellung vor, aber bei Tetanie findet dann Pronation des Vorderarms und Adduction der Oberarms an der Seite statt. Bei Tetanie gelingt es ferner nicht, durch Lösung des Daumens den Spasmus zu beseitigen, der Daumen steht vielmehr losgelöst wieder in die frühere Stellung zurück. Endlich constatiert man bei Tetanie eine mechanische Uebererregbarkeit der motorischen und sensiblen Nerven, sowie eine galvanische oder faradische Uebererregbarkeit; alles das fehlte bei unserem Pat., wie eine Prüfung lehrte. Durch alles das wnrde die Diagnose sehr erschüttert.

Verschiedene Umstände im Benehmen des Kranken liessen dagegen die Vermutung zu, es handle sich hier um eigenartige hysterische Zustände. Ein Versuch, die Krämpfe durch Verbalsuggestion hervorzubringen und andererseits ebenso zum Verschwinden zu bringen, gelang vollkommen! Man konnte auch die Anfälle beliebig verlängern und verkürzen! Endlich deckte die weitere Untersuchung eine Reihe hysterischer Stigmata auf: Pat. hatte manchmal Globusgefühl und heftigen Kopfschmerz, und es fand sich eine wesentliche Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Auch die therapeutischen Erfolge bestätigten die Diagnose. Der Pat. wurde eines Tages unter entsprechender Verbalsuggestion mit starken faradischen Strömen behandelt, wobei über heftige Schmerzen geklagt wurde. Tags darauf konnte man die Krämpfe nicht mehr durch Druck auslösen. Nach einer nochmaligen Faradisation war die Krankheit vollkommen geheilt!

---

111) **Porak.** Ueber eine noch nicht beobachtete parasitäre Neubildung auf der Zunge eines Neugeborenen.

(Journal des Maladies cutanées et syphil. 1896. No. 1. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896. Bd. XXII. No. 8.)

Fast ausgetragenes, nur 1875 gr wiegendes Kind bekommt, 4 Tage alt, an den hinteren Partien der Zunge ca. 10 kleine weisse Plaques, die der Zunge fest aufsassen, aber schliesslich abgekratzt wurden, worauf völlige Heilung eintrat. Die Untersuchung ergab, dass es sich um eine parasitäre Neubildung handelte. Mikroskopisch fanden sich nur wenige Epithelzellen, dagegen reichlich Myceliumfäden und runde oder eiförmige Elemente von mindestens Erythrocyten-Grösse. Die angelegten Kulturen lieferten fast ausschliesslich Hefekolonien; eine Verwechselung mit den Kulturen von Aphthen ist ausgeschlossen.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

19) **Ein sehr zweckmässiges Impfmesser,** bezogen von Dröll in Frankfurt a. M. (Preis: M. 3,50), hat der Unterzeichnete jetzt im Gebrauch und kann dasselbe nur warm empfehlen. In dem abschraubbaren Ende einer Metallhülse, ähnlich den bei Maximalthermometern gebräuchlichen, sitzt die Platiniridiumklinge, so-

dass das Ganze wie eine Schreibfeder angefasst und beim Impfen benutzt werden kann. Ausser der Handlichkeit ist aber der kleine Apparat ausgezeichnet durch die leichte Sterilisierbarkeit, die es ermöglicht, vor und nach jeder Impfung das Messerchen absolut steril zu machen. Man hält das Messerchen einige Sekunden in die Spiritusflamme, es wird sofort glühend, um ebenso rasch wieder abzukühlen. Die Klinge hält Tausende solcher Desinfectionen aus, ohne zu leiden, und braucht nie geschliffen zu werden. Man impft also mit dem Dröll'schen Impfmesser sehr bequem, billig und vom bakteriellen Standpunkt absolut sicher. Dr. E. Graetzer.

20) **Bakteriengehalt der Lymphe.** Ueber diesen Punkt erfolgte in der Sitzung des Preuss. Abgeordnetenhauses vom 11. März d. J. eine Anfrage, die der Regierungscommissar, Geh. Medicinalrat Dr. Schmidtmann etwa folgendermafsen beantwortete: „M. H.! Dem Vortrage über den Keimgehalt der Lymphe, welchen Dr. Landmann auf der Naturforscherversammlung in Lübeck gehalten hat, hat die Staatsregierung entsprechende Beachtung geschenkt. Der Herr Medicinalminister hat sofort nach Bekanntwerden der Untersuchungen die Dirigenten der preuss. Lymphanstalten telephonisch ersucht, Lymphproben einzusenden, und hat den Direktor des Instituts für Infectionskrankheiten mit der Untersuchung dieser Proben beauftragt. Diese Untersuchungen sind von den tüchtigsten Bakteriologen unter Zuhilfenahme der bewährtesten Kulturverfahren in sehr grossem Umfange ausgeführt worden. Die Untersuchungen haben zunächst bestätigt, was eigentlich selbstverständlich ist, dass in dem tierischen Impfstoffe eine grosse Zahl dieser allgegenwärtigen kleinsten Lebewesen enthalten ist. Es ist weiterhin festgestellt, dass in der von den preuss. Lymphanstalten erzeugten Lymphe Keime nicht gefunden wurden, aus deren Anwesenheit man eine Schädigung des Impflings befürchten müsste. Besonders ist im Gegensatz zu den Landmann'schen Untersuchungen in keiner einzigen Probe die Anwesenheit von Streptokokken, den Erregern der Rose, festgestellt worden. Wohl aber ist es gelungen, bei einer anderen Versuchsweise diese Streptokokken vereinzelt auf den Armen von Kindern nachzuweisen".

(Aerztliche Sachverständigen-Ztg. 1896. No. 9.)

21) **Einen Fall von grünem Urin** teilt A. Garrod mit: Der Urin, vollständig klar, von saurer Reaction, wies etwa die Farbe der grünen Chartreuse auf. Er stammte von einem $2^1/_2$jährigen Kinde, welches an einem durch Indigo blau gefärbten Stoffe gesogen hatte. Die grüne Farbe rührte her von der Verbindung der gelben Farbe des Harns mit dem Indigoblau und sie verlor sich beim Filtrieren des Urins, während das Filtrierpapier durch den in der Flüssigkeit suspendierten Indigo sich blau färbte.

(Annal. des mal. d. org. génito-urin. 1896. No. 2. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896, Bd. XXII. No. 9.)

22) **Die äusserliche Application von Antifebrin,** wie sie neuerdings besonders in Amerika zum Wundverband und in der dermatologischen Praxis üblich ist, scheint Kindern gefährlich werden zu können, wie aus einer Mitteilung Dr. R. C. Newton's hervorgeht. Im Mountainside Hospital in Montclair wurde ein 4jähriges Mädchen mit einer grossen Brandwunde am rechten Arme in der Weise behandelt, dass auf die Wunde Antifebrin (1,0—2,5 gr) aufgestreut wurde, worauf dann eine mit Borvaseline beschickte Compresse gelegt wurde. Nach jedem Verband (8tägig) stellten sich heftiger werdende Symptome (Erbrechen, Schwäche) ein, bis es zu einem schwer zu bekämpfenden Collaps kam, der mit starker Cyanose einherging. Als man das Antifebrin wegliess, schwanden auch die Krankheitserscheinungen.

(La Sem. méd. 1896. No. 16. — Wiener medic. Presse 1896. No. 18.)

23) **Erratum.** In Heft 1 des Centralblatts S. 13 ist in dem Referat No. 4 einigemale der Name „Falkenstein" erwähnt; es handelt sich aber um den Königsberger Kinderarzt und Privatdoc. Dr. Falkenheim, was wir hiermit richtigstellen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Ramm & Seemann in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. 1. August 1896. No. 5.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten.

6) Zur Behandlung der Diphtherie ohne Heilserum.

Von
Dr. **Steinhardt,**
Namslau.

(Schluss.)

Die wesentlichen Punkte der Hennigschen Methode sind das Unterbleiben der Pinselung und die lokale Behandlung durch Trinken von Kalkwasser.

Das Pinseln bei Diphtherie dürfte, wenn nicht von allen, so von den meisten Autoren verworfen werden. Und mit Recht. Es giebt auch unter den erwachsenen Menschen nur wenige, die bei Pinselungen im Rachen so still halten, dass man mit dem Pinsel sämtliche kranken Stellen und nur diese und weder zu schwach noch zu stark treffen kann; unter den Kindern aber gehören schon diejenigen, welche zum Zwecke des Pinselns, nachdem es einmal geschehen, ein zweites Mal den Mund freiwillig öffnen, zu den sehr seltenen Ausnahmen; und jeder Arzt, der öfter Kinder zu pinseln unternommen hat, weiss, welche nicht blos hässlichen und aufregenden, sondern bei einer die Herzkraft in so hohem Grade ungünstig beeinflussenden Krankheit, wie die Diphtherie ist, gefährlichen Scenen sich jedesmal beim Pinseln abspielen. Diese Scenen wiederholen sich, da man, wenn die Procedur einen Zweck haben soll, doch mindestens alle zwei Stunden pinseln muss, ebenso oft, und so ergiebt sich im Laufe jedes Tages eine ganz bedeutende Summe von schwächenden Momenten, denen sich jedesmal noch das Verschlucken einer wenn auch geringen Menge der oft giftigen und ätzenden Pinselflüssigkeit als weiteres zugesellt. Andererseits ist der Nutzen, den ich unter gewissen Verhältnissen nicht bestreiten möchte, gering und dem Aufwande an Kräften und Mühe nicht entsprechend. Wenn man, wie manche wollen, die Membranen gründlich abscheuert, so werden, wie die nie fehlende Blutung beweist, Wunden und damit neue Eingangspforten für die Zersetzungsprodukte geschaffen; ausserdem aber bilden sich die Häute in kurzer Zeit wieder, und das Ausbleiben der Neubildung nach der ersten oder einer späteren Pinselung dürfte mit mehr Recht auf die durch den Ablauf des Krankheitsprocesses bewirkte Demarcation als auf die Therapie zurückzuführen sein. Verletzungen und Blutungen erzielt man aber auch bei minder energischer Handhabung des Pinsels, wo also höchstens die oberflächlichen schon zerfallenen Membranschichten entfernt oder desinficiert werden, infolge des Sträubens der Kinder ziemlich regelmässig. Eine so oberflächliche und, wie die Kalkwasserbehandlung beweist, auch völlig ausreichende lokale Wirkung lässt sich aber eben durch viel mildere und ganz ungefährliche Mittel erreichen. Wegen der möglichen Verletzungen darf man aber das Pinseln mit ruhigem Gewissen nicht einmal einer geübten Krankenpflegerin überlassen, und ein Verbrechen wäre es, damit die oft rohen, meistens ungeschickten und immer ängstlichen Angehörigen zu betrauen. Vielmehr müsste sich schon der Arzt selbst dazu verstehen; das geht allenfalls in einem Krankenhaus; für den Stadt- und Landarzt aber, der noch andere Kranke zu behandeln hat, ist es weder nützlich noch möglich, den diphtheriekranken Kindern alle zwei Stunden einen Besuch abzustatten, auch wenn dieselben in der Stadt und nicht weit, oft zwei Meilen entfernt, liegen.

Das Gurgeln lässt auch viel zu wünschen übrig. Einmal können es nur wenige Kinder und nicht alle Erwachsenen; sodann erfordert es an sich einige Anstrengung und stellt an die Herzarbeit durch das häufige Aufsitzen grosse Ansprüche; endlich sind bei ihm wegen der Möglichkeit des Verschluckens alle stark giftigen Substanzen nicht nur, sondern auch minder gefährliche, u. a. auch das sehr brauchbare

Kali chloricum ausgeschlossen; die ungiftigen oder sehr schwach giftigen Antiseptica aber wirken viel zu schwach. Daher kann man dem Gurgeln, selbst wenn hierbei thatsächlich alle afficierten Teile mit der Flüssigkeit in Berührung kommen, ebenfalls nicht den ersten Platz in der lokalen Therapie der Diphtherie einräumen.

Von der Application zerstäubter Flüssigkeiten gilt dasselbe, was vom Gurgeln gesagt ist. Es fällt das Aufsitzen zum Teil fort; dafür treten die Furcht vor dem Apparat und das oft gewaltsame Oeffnen des Mundes als schädliche Momente ein.

Beim Trinken hingegen berührt die passierende Flüssigkeit alle Rachenteile sicher; es ist nicht eine Kunst, die erst gelernt werden muss, sondern ein physiologischer Akt, den das kleinste Kind versteht. Wenn wir die Vorteile dieses Applicationsmodus benutzen wollen, müssen wir eine Flüssigkeit haben, die bei genügender desinficierender und adstringierender Wirkung vollkommen ungiftig und auch sonst unschädlich ist. Diese Vorzüge und noch den, dass es relativ gut schmeckt (es bleibt nach dem Genuss ein süsslicher nussähnlicher Geschmack im Munde) und dass es billig ist, besitzt das Kalkwasser. Seine schleim- und membranlösende Kraft hat ihm seit langem einen Platz in der Diphtheriebehandlung verschafft; wenn es sich nicht in seiner vollen Wirksamkeit gezeigt hat, so lag dies nur am Modus der Anwendung; als Gurgelwasser und im zerstäubten Zustande wird bei ihm durch die Exspirationsluft ein grosser Teil des Calciumhydroxyds in Kreide verwandelt, die, an sich unwirksam, durch Auflagerung auf die afficierten Teile noch die Wirkung des unzersetzten Medicamentes hindert. Seine antiseptische Kraft steht ausser Zweifel; der jauchige Geruch, der bei vernachlässigten Fällen oft beobachtet wird, schwindet nach kurzer Zeit unter der Einwirkung des Kalkwassers. Die kurzen Pausen zwischen den einzelnen Gaben sind durchaus nötig; nur dadurch gelingt es, eine schleunige Fortschaffung der zersetzten Massen und ihre schlechte Einwirkung auf die Atmungsluft, sowie ihre Resorption zu verhindern; und das Kalkwasser desinficiert sie gründlich genug, so dass sie im Verdauungstractus keine schädliche Wirkung entfalten können.

Eine ungünstige Einwirkung der häufigen Störung des Schlafes habe ich nie beobachten können; die Kranken schlafen, wenn überhaupt Schlafbedürfnis vorhanden ist, immer rasch wieder ein und sind am Morgen so munter und frisch, als wäre ihre Nachtruhe nicht gestört worden; die Pfleger leiden weit mehr; doch dauert die anstrengende Thätigkeit gewöhnlich nur zwei Nächte; mit Eintritt der Besserung, die am Schwinden der Beläge zu erkennen ist, kann man die Pausen auf eine Stunde und allmählich noch länger ausdehnen.

An der Nützlichkeit der Eisapplication zu zweifeln, ist mir nicht eingefallen; wenn ich die zuerst ins Auge gefasste Anwendung Priessnitz'scher Umschläge beibehielt, so geschah es einmal wegen ihrer guten Wirkung auf Anginen, dann aber auch, weil ich mit der Verordnung von Eis bei meinem damaligen Publikum auf Widerspruch stiess; es wurde sogar die ganze Behandlung in Frage gestellt, da die Leute im Gegenteil warme Cataplasmen anzuwenden gewohnt waren; schliesslich sind unsere Kenntnisse über die thatsächliche Einwirkung

oberflächlich applicierter Wärme oder Kälte auf die Vorgänge und die Temperatur in inneren Organen durchaus noch nicht so sichere, dass in jedem Falle gesagt werden könnte, was nützlich sei; und so blieb ich dem Umschlage treu und habe es nicht zu bereuen.

Auch dem Kali chloricum bin ich treu geblieben; seine specifische Wirksamkeit bei Mund- und Rachenaffectionen ist anerkannt, und schädliche Wirkungen auf Herz und Nieren habe ich trotz der relativ hohen Dosen nie beobachtet; der Liqu. ferri sesquichlorati schmeckt schlechter und wirkt auf die Zähne nicht günstig.

Das Chinadecoct, gemäss Henoch's Empfehlung, soll nur tonisierend wirken; gegen das Fieber habe ich noch nie etwas gethan; jedenfalls würde die Anwendung der chemischen Antifebrilia ganz ausgeschlossen sein wegen ihrer ungünstigen Wirkung auf das Herz.

Bei Larynxdiphtherie ist von dem geschilderten Verfahren nur bei grösseren Kindern, die gut inhalieren, und erst Heiserkeit und Husten, höchstens eine kaum merkliche Stenose haben, Erfolg zu erwarten; bei stärkerer Stenose, sowie bei kleineren Kindern und jedenfalls dann, wenn trotz Therapie Verschlimmerung eintritt, ist die Tracheotomie indiciert. Ob sich die Intubation in der privaten Praxis durchführen lässt, kann ich nicht entscheiden; die Tracheotomie hat jedenfalls den Vorzug, dass sie eine direkte lokale Behandlung der Trachea und auch des Larynx gestattet, wozu sich vielleicht Liqu. Aluminii acetici am besten eignen würde. Die Sterblichkeit tracheotomierter Kinder würde vielleicht auch heruntergehen, wenn in allen Fällen zeitiger operiert würde. Wenn erst in der Trachea oder noch tiefer Beläge vorhanden sind, kann eigentlich die Eröffnung oben nicht viel nützen. Zwecklos ist eine Tracheotomie, wenn nicht für sachgemässe Pflege nach derselben gesorgt ist.

Wer die Geschwister erkrankter Kinder regelmässig untersucht, wird manchmal Gelegenheit haben, die allerersten Stadien der Diphtherie zu beobachten, und wird bestätigen können, dass schon 12 Stunden und länger Pilzrasen auf den Mandeln sitzen können, ehe irgend welche Erscheinungen auftreten. Die geringen oder fehlenden Schlingbeschwerden im Beginn sind geradezu charakteristisch für die Diphtherie; es fehlt auch Fieber oder andere allgemeine Erscheinungen und ein Blick in den Rachen zeigt auch das völlige Fehlen von Rötung und Schwellung, trotzdem das Wegwischen der dünnen Auflagerungen schon Blutung verursacht. In solchen Fällen hat das Pinseln einen Zweck; wenn man mit stark antiseptischen Lösungen, z. B. mit 5 % Carbollösung, reinem Liqu. Aluminii acetici, auch mit Salactollösung die Auflagerung entfernt und einen Tag Kalkwasser nehmen lässt, gelingt es, die Krankheit zu kupieren.

Säuglinge, die nur die Mutterbrust und keinen Schnuller erhalten, habe ich noch nie von Diphtherie befallen werden gesehen.

Das Vorkommen foudroyanter Fälle, die innerhalb 24 Stunden oder schneller töten, bestreite ich entschieden. Es handelt sich hier um Fälle von Nasendiphtherie und Rachendiphtherie, die der Aufmerksamkeit der Eltern entgangen sind und erst dann augenfällig wurden, als stenotische Erscheinungen auftraten. Ich konnte oft genug bei

solchen Fällen durch die Anamnese Nasendiphterie und durch die Inspection immer abgelaufene Rachendiphtherie feststellen.

Es ist entschieden kein Zufall, dass die ersten Beläge am Morgen gefunden zu werden pflegen. Die Nachtruhe mit dem Fortfall des Schlingaktes scheint der Ansiedelung der Krankheitserreger günstig zu sein und nicht minder auch die in den Morgenstunden bestehende saure Reaction der Mundflüssigkeit. Vielleicht wirkt gerade deswegen das alkalische Kalkwasser so günstig, wie denn überhaupt die alkalischen Mittel bei Mundaffectionen günstig wirken.

Ich habe bei der geschilderten Behandlung von allen Kranken, die ohne irgend ein Zeichen schon bestehender Infection des Larynx in meine Behandlung kamen, keinen einzigen verloren; und die Todesfälle durch Larynxdiphtherie kann ich dem Verfahren nicht zur Last legen, da nur ein einziges Kind länger als 8 Stunden nach Eintritt in die Behandlung lebte.

Von Nachkrankheiten habe ich einigemale Accomodationslähmung und bei anderen Fällen einigemale leichte Schlinglähmung gesehen, nie dagegen andere Paralysen oder Paresen. Das gesamte Material umfasst 201 Fälle klinisch sichergestellter Diphtherie. Scharlachanginen sind nicht darunter.

Und nun zum Schluss erlaube ich mir, für die Herren Collegen einen Rat beizufügen, der in das Gebiet der ärztlichen Politik gehört. Wer nicht will, dass das Publikum bei Diphtheriefällen allein kuriere und dass ihm als Erfolg verfahrene Fälle zur Behandlung gebracht werden, der verordne nie, das Kalkwasser im Handverkauf zu holen, schreibe auch nicht Aq. Calc. aufs Recept; der Apotheker giebt nach Rücksprache gern, sobald es heisst ad vitrum allatum, das Mittel an arme Leute zum Handverkaufspreis; und der Wohlhabende kann auch noch eine Flasche bezahlen, in der er Calcium hydroxydatum solutum erhält.

II. Referate.

112) **P. Hilbert.** Ueber Diphtherie, ihre bacteriologische Diagnose und die Erfolge der Heilserumbehandlung.

(Aus der med. Univers.-Poliklinik zu Königsberg i. Pr.)

(Sep.-Abdr. aus dem deutschen Archiv f. klin. Medicin. Bd. LVI.)

Das Material, über das H. verfügt, ist ein relativ geringes, aber deshalb sehr beachtenswert, weil es sich durchwegs um Armenpraxis handelt, also die Anwendung des Heilserums in dieser Clientel deutlich vor Augen geführt wird. Auch hier machte sich vor allem das Postulat geltend, frühzeitig zu injicieren. Um dasselbe aber zu erfüllen, ist eine schnelle und sichere Diagnose unbedingtes Erfordernis. Diese wird durch den bacteriologischen Nachweis der Diphtheriebacillen, wie ihn Roux und Yersin empfehlen, nur zum Teil gewährleistet. Diese Autoren raten, Stücke der Membran zwischen Deckgläschen zu zerreiben und die auf letzteren angetrockneten

Partikelchen direkt zu färben. Diese Methode, die ja in manchen Fällen gute Resultate giebt, ist jedoch durchaus nicht zuverlässig, da, wenn spärliche Bacillen, dagegen zahlreiche Kokken vorhanden sind, die ersteren nicht immer erkannt werden. Sie darf also nur als Notbehelf gelten, Sicherheit gewährt nur das Culturverfahren. H. besitzt nur über 2 Nährböden Erfahrungen, über Glycerinagar und Löffler's Zuckerbouillonblutserum. Bei Anwendung des ersteren hatte H. stets die grössten Schwierigkeiten, die feinen, zarten Diphtheriecolonien von den üppig wuchernden Kokken zu trennen, und meist war es nötig, die Culturen 48 Stunden in Brütschrank zu lassen, um eine genügende Entwickelung der Colonien zu erlangen. Sehr viel einfacher gestaltet sich die Sache mit dem Zuckerbouillonblutserum, das sich mit geringen Hilfsmitteln in tadelloser Beschaffenheit herstellen lässt. Hier genügte es vollkommen, die mit der Platinöse von der Tonsille abgenommenen Massen auf nur einem Serumröhrchen zu verstreichen. Nach 24 Stunden waren stets, oft bereits erheblich früher, die Culturen zu stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen grauweisslichen, platten Knöpfchen angewachsen, welche häufig schon makroscopisch deutlich von den spärlich entwickelten Kokkencolonien zu unterscheiden waren. Zur Färbung benutzte H. die Löffler'sche alkalische Methylenblaulösung, welche die charakteristische Gestaltung der Diphtheriebacillen sehr gut hervortreten lässt.

Wird der Begriff Diphtherie dadurch, dass wir ihn auf dem Nachweis des ätiologischen Momentes basieren, verengt oder erweitert? H. suchte dieser wichtigen Frage auch auf Grund seines Materials näher zu treten. Unter 59 Fällen mit positivem Bacillenbefunde befanden sich 15 (= 25,4%), bei welchen die Localaffection der Tonsillen nicht für Diphtherie sprach. Allerdings war in 6 derselben aus anderweitigen klinischen Betrachtungen die Diagnose schon beim Eintritt in die Behandlung mit grösster Wahrscheinlichkeit richtig zu stellen; nach Abzug derselben bleiben immer noch 9, d. h. 15,2% übrig, in welchen die klinische Diagnose durch die bacteriologische Untersuchung berichtigt, also der Begriff Diphtherie erweitert wurde. Auf der anderen Seite besitzen wir eine Angabe von Löffler, der bei 100 klinisch als Diphtherie angesprochenen Fällen 25% diphtheroide, d. h. keine Bacillen führende, fand. Was die Diphtherie also auf der einen Seite an Terrain gewinnt, das verliert sie auf der anderen, sodass weder Verengerung noch Erweiterung, sondern eine Verschiebung des Begriffes stattfindet. Desto mehr leuchtet die Notwendigkeit ein, jeden Fall auf Bacillen zu untersuchen. Eine genaue Analyse der 15 Fälle H.s, welche im Gegensatze zu den klinischen Zeichen durch die bacteriologische Untersuchung als diphtheritisch erkannt wurden, ergab, dass 11 derselben dem Bilde einer Angina lacunaris entsprachen. Um zu untersuchen, ob vielleicht letztere Affection überhaupt keine Krankheit sui generis, sondern vielmehr als rudimentäre Form der Diphtherie anzusehen sei, prüfte H. 21 Fälle typischer Angina lacunaris auf Diphtheriebacillen; dieselben fehlten stets, es fanden sich vielmehr entweder Staphylokokken allein oder in Verbindung mit Streptokokken, gelegentlich auch Leptothrixfäden und 4mal die Hofmann-Löffler'schen Pseudodiphtherie-

bacillen, bei welchen 2mal das Fehlen der Virulenz durch den Tierversuch festgestellt wurde. Demnach bleibt die Angina lacunaris ein Krankheitsbegriff für sich. Als »diphtheroid« werden ferner Halsentzündungen bezeichnet, welche makroscopisch das Aussehen von Diphtherie darbieten, während Bacillen auch bei sorgfältigster Untersuchung nicht zu finden sind. Solche Fälle zählte H. 5. Beläge wurden bei denselben gelegentlich der ersten Untersuchung teils auf einer Tonsille, teils auf beiden konstatiert, 1mal erstreckten sie sich auch auf die hintere Rachenwand: sie zeigten am nächsten Tage mitunter eine Vergrösserung, meist jedoch eine Verkleinerung und waren nach wenigen Tagen verschwunden. Das Fieber war anfangs teils mässig, teils ziemlich beträchtlich, fiel aber ebenfalls bald ab. Von den 5 Fällen betraf nur einer ein 3jähriges Kind, die übrigen Erwachsene, es scheint, dass letztere viel häufiger diese Halsaffectionen acquirieren als Kinder.

Was nun die Erfolge der Heilserumbehandlung anbetrifft, wie sie sich aus den 40 Fällen ergeben, die zum Teil recht schwere waren, so betrug die Mortalität 0%. Der einzige Todesfall, der vorkam, ist nicht zu rechnen, da das betreffende 1jährige, bereits 8 Tage an Diphtherie leidende Kind, schon moribund aufgenommen wurde. Es wurden behandelt

mit 600	Antitoxineinheiten	14 Pat.
„ 1000	„	17 „
„ 1500	„	8 „
„ 2000	„	1 „

Die Resultate bestätigen durchaus die Erfahrungen der anderen Autoren: die Mortalität wird durch die Serumtherapie bedeutend herabgesetzt, der Verlauf des Einzelfalles ist sehr günstig, indem die Temperatur bald zur Norm zurückkehrt, die locale Exsudation stille steht oder nach kurzem Fortschreiten schnell zur Ausheilung gelangt, der Process nicht auf den Larynx übergreift, oder, falls dieser bereits afficiert ist, auch hier eine schleunige Wendung zum Bessern erkennen lässt. Am auffälligsten erschien die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden: fast immer waren am Tage nach der Einspritzung Unruhe, Benommenheit, Prostration geschwunden und hatten ausgesprochenem Wohlbefinden Platz gemacht, auch wenn die Localaffection unverändert fortbestand oder sogar Fortschritte gemacht hatte. Nephritis und Lähmungen kamen nicht häufiger vor als vor der Serumzeit. Als einzige unangenehme Nebenwirkung würden also nur die Hautausschläge anzusehen sein, die gelegentlich vorkamen.

Immunisiert wurden 97 Kinder in 40 Familien, und zwar nur solche, welche dieselbe Wohnung mit Diphtheriekranken benutzten und dauernd mit letzteren in Berührung blieben. Die Resultate waren sehr befriedigende, als hohe Dosen angewandt wurden, und es zeigte sich, dass Schutzimpfungen mit 300 Antitoxineinheiten imstande sind, diphtheriebedrohten Kindern genügenden Schutz zu verleihen. Ueble Nebenwirkungen wurden nie vermerkt.

---

113) **Crohn.** Erfahrungen über das Diphtherieheilserum.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896. No. 17.)

C. hat das Serum bei 150 Fällen von Diphtherie und zu 300 Immunisierungen angewandt. Zu letzteren injicierte er früher 100 I.-E., jetzt 150—200. In allen Fällen beobachtete er eine Immunisierungsdauer von über 4 Wochen, 2 Kinder erkrankten bereits nach 4 Wochen, 5 nach 6 Wochen, aber es waren stets sehr leichte Erkrankungen von kurzer Dauer. Ueble Folgen der Injectionen wurden weder hier, noch bei den Diphtheriefällen jemals gesehen. Von den 150 Fällen endeten nur 5 letal, obwohl die Epidemie eine sehr heftige war. Tracheotomien waren nur 6 nötig mit 1 Todesfall. Alle Tracheotomierten hatten bereits im Beginn der Behandlung Larynxstenose; von den Pat., die C. noch ohne Stenose in Behandlung bekam, brauchte keiner tracheotomiert zu werden! Die Diphtherie selbst verlief nach den Injectionen viel schneller und leichter als früher. Meist waren in 5 Tagen die lokalen und allgemeinen Erscheinungen geschwunden. Nur 2mal kam es zur Abscedierung der Submaxillar- und Halsdrüsen, 1mal zu Diphtherie des Ohrs und Durchbruch des Eiters durch den Processus mastoideus.

---

114) **J. Trumpp.** Notiz zur Technik der Intubation.

(Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik zu Graz.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 17.)

Beide Methoden der Extubation, die bisher geübt wurden, besitzen ihre Misslichkeiten. Extubierte man mittels des um die Tube geschlungenen Fadens, der nach vollzogener Intubation an der Wange des Kindes befestigt worden war, so war man gezwungen, widerspenstige Kinder zu fesseln, da sie sich des reizenden Fremdkörpers durchaus zu entledigen suchten; dazu kamen häufige Ulcerationen und der Umstand, dass die Tube in ihrer freien Bewegung im Kehlkopf mehr oder weniger behindert wurde und so leichte Scheuerung des Larynxinneren und Decubitus entstanden. Benutzte man den Extractor, so war die ganze Zeit über beständig ärztliche Aufsicht erforderlich wegen der Gefahr einer plötzlichen Verstopfung der Tube durch Membranen, ausserdem erforderte die Methode grosse Gewandtheit und Ruhe, damit die scharfen Branchen des Extractors keine Verletzungen anrichteten, und endlich konnte auch der geschickteste Arzt, sobald die Tube klein war und, tiefer in den Kehlkopf sinkend, auf die wahren Stimmbänder zu liegen kam, in grosse Verlegenheit geraten, weil dann das Ansetzen des Extubators sehr schwierig ist und direkte Gefahr des Hineinstossens der Tube in den Larynx vorliegt. Ein solcher Unfall führte T. dazu, die Expressionsmethode zu versuchen, die ihm nicht nur in diesem Falle, sondern auch bei allen folgenden die besten Dienste leistete, niemals im Stich liess und keinerlei Nachteile in sich birgt.

„Der Arzt stellt sich vor das Kind, das am besten aufrecht im Schoss der Wärterin gehalten wird (NB. die Expression gelingt schwerer,

wenn man sich hinter das Kind stellt und von hinten her mit den übrigen Fingern der Hand den Druck ausübt!), und setzt einen oder beide Daumen auf die Trachea dicht unterhalb des Ringknorpels, während die übrigen Finger am Halse ihren Stützpunkt finden. Dabei gelingt es nicht selten, die Spitze der Tube durchzufühlen. Nun wird ein mässig kräftiger Druck in der Richtung nach hinten und schräg aufwärts ausgeübt. Die dadurch ausgelösten Würgbewegungen und Hustenstösse befördern die Tube sofort in die Mundhöhle, wo sie das erschreckte Kind mit der Zunge oder den Zähnen festhält. Ist der Reiz ein besonders kräftiger, so wird die Tube in weitem Bogen aus dem Munde herausgeschleudert".

---

115) **Reiche.** Zur Pathologie der Diphtherie.

(Münchner medic. Wochenschrift 1896. No. 15.)

R. spricht in der Biolog. Abteilung des ärztl. Vereins Hamburg (4./II. 96) über die Veränderungen in den inneren Organen bei Diphtherie, auf Grund von 88 vor der Serumzeit verstorbenen Fällen, die überwiegend in jugendlichem Alter standen (54 unter 5 Jahren). Der früheste Todestermin war der 2. Krankheitstag, etwas über die Hälfte der Pat. starb vor dem 8. Tag, die spätesten in der 3. und 4. Woche.

Luftröhre und Bronchien waren häufig ergriffen, häufig auch fanden sich bronchopneumonische Verdichtungen von wechselnder Zahl und Umfang in den Lungen. 8mal zeigten Abschnitte des Oesophagus, 14mal Teile der Magenschleimhaut diphtheritische Oberflächennecrosen; 1mal war eine längere Strecke des Ileum in gleicher Weise erkrankt.

Mikroskopische Veränderungen in den Nieren fehlten nie; Charakter und Ausbreitung variierten erheblich. Stets war vorwiegend oder allein die Nierenrinde befallen. 2 Hauptformen von Alterationen: in 50% der Fälle entzündliche Vorgänge am Zwischengewebe, bei allen Fällen Parenchymveränderungen, zumeist trübe Schwellung und fettige Degeneration der Epithelien, sehr viel seltener daneben coagulations-necrotische Epithelabtötung. Die Malpighi'schen Glomeruli ausnahmslos verändert von sehr vereinzelten und spärlichen Depositionen im Kapselraum bis zu massigen, zellreichen Exsudaten und pathologischen Alterationen an Gefässschlingen und Wandepithelien. Cylinder meist vorhanden, oft sehr zahlreich. Bei 13% der Fälle rote Blutzellen im Lumen einzelner Canälchen; 5mal gleichzeitig vollgeblutete Bowman'sche Kapseln, 3mal interstitielle Blutaustritte im Labyrinth, häufig einzelne Erythrocyten in den in die Glomeruluskapseln abgesetzten Ablagerungen. Alle diese Blutextravasate verdanken offenbar excessiver Stauung ihre Entstehung. Auf Art, Form und Ausdehnung aller genannten Veränderungen übt die Verlaufsdauer der Krankheit nur einen beschränkten Einfluss aus.

Auch die Leber zeigte mannigfache Veränderungen. Sehr häufig diffuse strotzende Füllung der Capillaren, die oft zu hochgradiger Verschmälerung und zu Schwund der benachbarten Zellbalken führte. 11mal Hämorrhagien ins Parenchym, an frühen wie an späten

Krankheitstagen, ebenfalls ein Produkt hochgradiger Blutstauung. Oft Necrosen einzelner Gruppen von Parenchymzellen, 8mal in umfangreicheren Herden, analog den sog. Lymphomen oder Leucocytomen der Leber, wie sie von Friedreich und Wagner bei Typhus beschrieben wurden, ebenfalls coagulationsnecrotisch untergegangene Parenchymbezirke darstellend. Bei mehr als der Hälfte der Fälle endlich, aber nur selten in grösserer Ausbildung oder reichlicherer Zahl, dichte umschriebene Rundzellenanhäufungen in den die kleinen Zellengänge und Gefässe begleitenden Verzweigungen der Glisson'schen Kapsel, einige Male auch intraacinäre Zellinfiltrationen.

Pankreas meist unverändert. 8mal Hämorrhagien, etwas häufiger coagulationsnecrotische Epithelbezirke, nur 1mal eine grössere, dichtere Rundzellenanhäufung im secernierenden Parenchym.

In der Discussion spricht Fränkel von den Hautblutungen bei Diphtherie, wo 2 Formen zu unterscheiden sind: kleine, flohstichähnliche, cutane Hämorrhagien, nur intra vitam sichtbar, und ausgedehntere Blutungen im Unterhautzellgewebe, auch bei der Autopsie zu sehen. Letztere lokalisieren sich mit Vorliebe im Gesicht, im Bereich der beiden Stirnhöker. Bacillen sind in diesen Hämorrhagien nicht zu finden gewesen. F. hält die Blutungen für toxische, ebenso wie die Roseolen bei Typhus. — Lenhartz macht darauf aufmerksam, dass, während Reiche vielfach freie Hämorrhagien in den Nieren gefunden habe, man klinisch nur ausnahmsweise Blut im Urin nachweisen könne und nur Leucocyten, Cylinder u. s. w. fände. — Reiche erwidert, dass eine excessive Blutüberfüllung in der Diphtherieniere ein sehr häufiger Befund sei, dass dagegen Blutungen verhältnismässig seltener seien (bei den 88 Fällen nur 10mal). Die Blutungen seien agonal, entstanden durch die Stauung. Die Differenz zwischen klinischem und anatomischem Bild beobachte man auch bei der Pneumonie, bei der nach v. Kahlden die Blutungen im Nierenparenchym ebenfalls terminaler Natur seien. — Fränkel hält die Nierenhämorrhagien nicht für agonal, da er reactive Veränderungen an denselben beobachtet habe, die für ein längeres Bestehen sprächen. Uebrigens könnten die meist in den kleinen Kapselraum erfolgenden Blutungen sich sehr leicht der klinischen Beobachtung bei der Harnuntersuchung entziehen.

---

116) **Pluder.** Ueber Rhinitis fibrinosa diphtheritica.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 15.)

P. giebt im Aerztl. Verein in Hamburg (7. April 1896) eine Schilderung des Krankheitsbildes und kommt auf Grund seiner an 6 Fällen in 4 Monaten gemachten Beobachtungen zu dem Resultat, die Affection sei das beste Beispiel der localen Einwirkung der Diphtherie. Da oberflächliche Epithelläsionen (2 mal Traumen, 1 mal Fremdkörper) dem hier massgebenden Löffler'schen Bacillus Gelegenheit zur Ansiedelung geben können, sei die Möglichkeit da, dass nur eine Nasenhälfte befallen wird. Trotz der im allgemeinen bei subacutem bis chronischem Verlaufe günstigen Prognose ist auf rasche Therapie Gewicht zu legen, da Combination mit Rachendiphtherie bei den Pat. selbst, sowie Vergesellschaftung mit schweren Anginen und Diphtherien bei Familienangehörigen vorkommen können. Die Krankheit sei nicht selten, werde sicher oft übersehen und befalle vorwiegend Kinder, selten allerdings Säuglinge. Ob Folgeerscheinungen (Lähmungen u. s. w.) nach den localen diphtheritischen Processen in der Nasenschleimhaut vorkommen, sei noch nicht sicher.

In der Discussion bestreitet Simmonds das seltene Vorkommen bei Säuglingen, glaubt vielmehr auf Grund seiner Erfahrungen bei Sectionen atrophischer Kinder, dass diese zu der Affection inclinieren. Auch hier wurden Löffler'sche Bacillen nachgewiesen.

---

117) **Zadek.** Die Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schule.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1896. No. 8.)

In einem über dieses Thema in der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege gehaltenen Vortrage stellte Z. folgende Thesen auf:

1. Die Schule, insbesondere die Volksschule, trägt zur Ausbreitung ansteckender Krankheiten in hervorragendem Maſse bei.
2. Die bestehenden Schuleinrichtungen und gesetzlichen Bestimmungen genügen nicht, um dieser Ausbreitung wirksam zu begegnen.
3. Die rechtzeitige Ermittelung, Isolierung und Wiederzulassung erkrankter Schulkinder, die weiteren prophylaktischen Massnahmen und deren Kontrolle erfordern die ständige Mitarbeit beamteter Aerzte (Schulärzte).
4. Ist ein Fall von schwerer ansteckender Erkrankung bei einem Schüler ärztlich constatiert, so hat noch am selben Tage die Desinfection der inficierten Klasse zu erfolgen.
5. Die Fernhaltung der gesunden Geschwister erkrankter Kinder vom Schulbesuch ist von zweifelhaftem Wert und durch sorgfältige Beobachtung dieser Kinder in der Schule zu ersetzen.
6. Der Schulschluss bei gehäuften Erkrankungen ist möglichst zu vermeiden, insbesondere bei Volksschulen in dichtbevölkerten Städten.
7. Die Schulräume sind täglich nass zu reinigen, Wände, Fenster, Thüren mindestens allmonatlich zu seifen.
8. Anderweite Reformen in Schuleinrichtungen und Unterricht, insbesondere die Herabsetzung der Frequenz in den unteren Klassen auf 30—40 Kinder, sind geeignet, die Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schule wesentlich zu verringern.
9. Die häuslichen Verhältnisse der Schüler sind für die Einschleppung übertragbarer Krankheiten in die Schule von grundlegender Bedeutung und daher ohne die Hebung der arbeitenden Klassen alle schulhygienischen Massnahmen von nur beschränkter Wirksamkeit.

---

118) **M. Kurlow.** Die Parasiten des Keuchhustens.

(Wratsch 1896. No. 3. — Literaturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896. No. 4.)

Schon vor 10 Jahren hat Deichler im Sputum Pertussiskranker besondere Protozoa gefunden, die er als Krankheitserreger ansprach. Jetzt fand auch K. darin Amöben, die ein feinkörniges Protoplasma und ausgiebige amöboide Bewegungen zeigen, ein beträchtliches Wachs-

tum haben und in ihrem Körper grosse, glänzende, allmählich sich vergrössernde Körner von concentrischer Schichtung aufweisen, Sporen, welche durch Zerreissen des Mutterleibes nach aussen gelangen; aus diesen Sporen treten junge Abarten derselben hervor, die ebenfalls eine grosse Bewegungsfähigkeit durch Ausläufer documentieren. Der Cyclus der Entwickelung dieser herrschenden Parasiten scheint durch diese letzte Form sein Ende zu erreichen, obwohl in frischen Keuchhustenfällen im Sputum noch andere, mittels Cilien sich bewegende, amöbenartige Zellen vorkommen. K. konnte aber nicht herausbekommen, in welchem Verhältniss diese letzteren zu der ersten Parasitenform stehen.

---

119) **Oppenheim.** Hirnhämorrhagie als Complication des Keuchhustens.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896. No. 17.)

Diese Complication, eine der seltensten bei Pertussis, hatte O. zu beobachten Gelegenheit.

Am 12. Juli 1895 abends geriet plötzlich der 8jährige, an Keuchhusten leidende, im übrigen vorher gesunde Pat. in einen eigenartigen Zustand. Er verlor das Bewusstsein, warf sich fortwährend im Bette umher, unverständliche Laute ausstossend, Fieber war nicht vorhanden, Pupillen und Sehnenreflexe normal. Da der Pat. vorher gebrochen hatte und seit 2 Tagen ohne Stuhlgang war, erhielt er ein Klystier und einige Calomelpulver, was aber ohne Erfolg blieb. Im Laufe der Nacht wich das fortwährende Agitieren allmählich einem ruhigen Daliegen in völliger Somnolenz, und es stellten sich, zuerst leise, Zuckungen im Gebiet des rechten Facialis ein, die im Laufe des folgenden Tages heftiger wurden und sich nach und nach auf die ganze rechte Körperhälfte erstreckten. Die Convulsionen traten anfallsweise auf, und fast stets schloss sich an einen solchen Anfall ein Keuchhustenparoxysmus an. Auf der Höhe der Erkrankung, am Nachmittage dieses Tages kamen die Anfälle, trotz Bromklystieren, alle 5—10 Minuten. In der nächsten Nacht wurde einmal vorübergehend eine Temper. von 39,2° mit 120 Pulsfrequenz beobachtet, jedenfalls als Folge der überaus heftigen Muskelagitation, sonst war der Puls 80, die Temp. normal. Vom 3. Tage ab verminderte sich nach und nach die Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle, in der anfallsfreien Zeit liess sich jetzt eine schlaffe Lähmung der rechten Extremitäten constatieren, sowie ein Fehlen der Sehnenreflexe auf dieser Seite. Am 6. Tage begann das Sensorium sich wieder etwas aufzuhellen, Pat. verlangte öfters zu trinken, schien aber die richtigen Worte nicht immer finden zu können. Erst vom 10. Tage an correcte Sprache, allmählich auch Wiederherstellung der Functionsfähigkeit des Beines, dann des Armes. Auch die Sehnenreflexe kehrten wieder, die Zuckungen hörten gänzlich auf, der Keuchhusten blieb bestehen. Am Ende der 3. Woche ging der Pat. geheilt herum.

Es handelte sich hier zweifellos um eine Hirnblutung in der rechten Hemisphäre, hervorgerufen durch eine Gefässruptur infolge eines Keuchhustenparoxysmus. Der Knabe hatte auf

Rat seines Vaters hin sich angewöhnt, bei Eintritt eines Hustenanfalls Mund und Nase zuzuhalten und die Backen aufzublasen; vielleicht hat der dadurch hoch gespannte Blutdruck zur Entstehung der Ruptur beigetragen.

---

120) **Consalvi.** Ueber subcutane Injectionen von Sublimat zur Behandlung der Meningitis cerebrospinalis epidemica.

(La Sem. médic. 1896. No. 4. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 33.)

C. hatte bei einer Epidemie von 9 Fällen Gelegenheit, die von Dazio empfohlene Therapie zu erproben. Er injicierte ins Gesäss je nach dem Alter (0,005—0,01 anfangs täglich, sobald Besserung eintrat, alle 2 Tage. Die Pat., von 14 Monaten bis 19 Jahre alt, kamen sämtlich durch mit Ausnahme eines 7jährigen Mädchens, das aber auch nach den Injectionen Besserung gezeigt hatte. Die Besserung trat in der Regel schon nach der 2. Injection ein, indem das Erbrechen sistierte; bald verschwanden auch Aufregung, Kopfweh, Herpes labialis und Nackenstarre, letztere meist erst nach der 7.—8. Injection. Bei diesem Resultate hörte C. bei den beiden ersten Pat. auf, doch trat hier völlige Heilung erst nach 40 Tagen ein, bis zu welcher Zeit mässiges intermittierendes Fieber und Kopfschmerzen vorhanden waren. Den übrigen Pat. wurden deshalb noch nach Aufhören der Muskelstarre einige Injectionen gemacht, wodurch die Heilung beschleunigt wurde. Das Sublimat wurde gut vertragen; nur 2 Mädchen von 7 und 14 Jahren bekamen eine leichte Stomatitis nach der 10. Injection, resp. eine leichte sanguinolente Diarrhoë nach der 5. Injection, welche Erscheinungen aber rasch verschwanden.

Ausser den Injectionen bestand die Therapie in Blutegel- und Eisapplication, Calomel zum Abführen und Brom zum Beruhigen. Nach Aufhören der Injectionen wurde Jodkali ordiniert.

---

121) **Leubuscher.** Ueber den Zusammenhang von Erkrankungen des Cirkulationsapparates mit Erkrankungen des Nervensystems bei Kindern.

(Centralblatt für innere Medicin 1896. No. 17.)

Ueber dies Thema sprach L. auf dem XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden. Seine Worte gipfelten darin, dass infolge von Herderkrankungen und diffusen Erkrankungen des Gehirns sich bei schwachsinnigen Kindern Herzvergrösserungen ausbilden können, deren Ursachen zu finden sind:

1) In vasomotorischen Krampfzuständen der kleinen Gefässe, die ein Hindernis für den Blutumlauf mit rückwirkenden Störungen für das Herz abgeben. Ferner in frühzeitig auftretender Arteriosclerose.

2) In abnormen Nahrungs-, besonders aber Flüssigkeitsaufnahmen, wie sie bei schwachsinnigen Kindern sich nicht selten finden.

3) In excessiv geübter Masturbation. Schwachsinnige Kinder masturbieren oft sehr stark. Die Ansicht Krehl's über das Zustande-

kommen bei Onanisten erscheint als die richtige. Wenn die Onanie nicht allzuhäufig als Ursache einer Herzvergrösserung anzusehen ist, so liegt das nur daran, dass bei den betreffenden Kindern an Stadien erhöhter Erregung, in denen sie masturbieren, sich oft lange dauernde Pausen anschliessen, in denen sie ruhiger sind und sexuelle Erregungen weniger zur Onanie Anlass geben.

---

122) **Comby.** Strychnin in der Kinderbehandlung.

(La Médecine Moderne 1896. No. 26. — Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 15.)

Nach C. wird das Mittel viel zu wenig in der Kinderpraxis angewandt. Es ist vor allem indiciert bei Depressions- und Lähmungszuständen des Nervensystems; aber bei Lähmungen auf organischer Grundlage darf man es erst ziemlich lange nach dem Beginn anwenden, wenn man sicher ist, keine Myelitis, Encephalitis oder Aehnl. vor sich zu haben. Während es unter den Neurosen bei Chorea angewandt werden darf, ist es geradezu contraindiciert bei den Krämpfen, bei der infantilen Eclampsie und in all den Fällen, wo eine übermässige Erregbarkeit des Nervensystems vorhanden ist. Bei Herzkrankheiten, besonders acuter Insufficienz nach Infectionskrankheiten, dient es als vorübergehendes Stimulans, nervöses Stärkungsmittel, ebenso bei Lungenschwäche mit drohender Lähmung, mag sie eine Folge der Pneumonie, oder der nach Typhus, Masern, Diphtherie, Keuchhusten auftretenden Bronchitis sein, ebenso sollte es bei Bronchiektasien, Lungenemphysem und Asthma angewandt werden. Eine fernere Indication ist die chronische Dyspepsie mit Atonie und Magendilatation, ausser wenn heftige Magenschmerzen und gleichzeitig starke nervöse Empfänglichkeit vorhanden sind. Schliesslich findet das Strychnin auch Verwendung beim Mastdarmvorfall.

Bei jener Magenaffection verschreibt C. z. B. 3—5jährigen Kindern:

Rp.
Pulv. nuc. vomic. 0,01
Natr. bicarb.
Magnes. calc. āā 0,2
Pepsin. 0,1.

D. S. Täglich morgens und abends vor dem Essen 1 Pulver zu nehmen, 10 Tage so fortzufahren, ebensolange auszusetzen und dann von neuem zu beginnen.

Bei Incontinentia urinae giebt man Pillen von Extract. Strychni oder auch Tinct. Strychn. (zu gleichen Teilen mit Tinct. rhur. aromat. und Chin.) 10—20 Tropfen abends vor dem Zubettgehen. Von dem gebräuchlichsten Präparate, dem Strychnin. sulfuric. (0,01 : 10,0 Aq. dest.) gebe man bei Prolapsus ani 1—2 subcutane Injectionen täglich. Bei anderen Affectionen verordne man die Lösung:

Rp.
Strychnin. sulfur. 0,05
Aq. dest. 90,0
Syr. simpl. 10,0.

S. 1 Kaffeelöffel täglich, allmählich steigernd bis 2—6 pro die.

Als Salbe gebe man das Strychnin. sulfur. (1,0 : 30,0 Lanolin) bei Tympanites, peripherer Lähmung (Diphtherie, Amaurose), Darmobstruction lokal zu 2 mal täglicher Einreibung.

---

123) **O. Bergmeister.** Ein Fall von durch Iridektomie geheiltem Hydrophthalmus congenitus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 18.)

B. stellte in der Gesellschaft der Aerzte in Wien (21. Febr. 1896) einen Knaben vor, bei dem er vor 13 Jahren am linken Auge wegen infantilen Glaukoms die Iridektomie ausführte.

Pat. ist geboren am 22. Oktober 1882. Mitte März 1883 bemerkte die Mutter an der Hornhaut seines linken Auges eine weissliche, porzellanartige Trübung, welche bald mehr, bald weniger hervortrat, wobei Unruhe und weinerliche Stimmung vorhanden waren. Die Erscheinungen entwickelten sich rasch, und am 18. März 1883 sah B. bei dem ihm vorgestellten Kinde alle Symptome des infantilen Glaukoms (Drucksteigerung, Hornhauttrübung u. s. w.), daneben mässige, aber schon deutliche Vergrösserung des Bulbus in seinem vorderen Abschnitte (Keratoglobus). B. riet wegen des ausgesprochen glaukomatösen Charakters zur Iridektomie, die hier, da ja das Leiden noch im Beginn, das Aufhängeband der Linse noch wenig gedehnt war, Iris und Linse noch genug Halt hatten und noch absolut kein Schlottern derselben bemerkbar waren, ungefährlich erschien, während in vorgeschritteneren Fällen wegen der Vergrösserung gerade des vorderen Bulbusabschnittes und der Erweiterung der vorderen Scleralöffnung und der Cornealbasis bei der Iridektomie es sehr leicht zu Glaskörpervorfall durch die gedehnte, lückenhafte Zonula Zinnii kommen kann, auch schon heftige Netzhautblutungen, Glaskörperablösung, plastische Iridokyklitis, selbst Panophthalmitis hierbei beobachtet wurden. Da ferner bei dem stürmischen Verlaufe hier ein weiteres Zuwarten in der Hoffnung, der Process werde spontan stille stehen, ausgeschlossen schien, vollführte B. die Operation am 25. März lege artis nach oben. Operation und Heilverlauf vollkommen normal. Schon in den nächsten Tagen erschien die Cornea klar und durchsichtig, doch blieb der Bulbus, sonst normal, etwas grösser als der rechte.

B. verlor das Kind aus den Augen, sah es nur nach 7 Jahren flüchtig, und jetzt erst, 13 Jahre nach der Operation, konnte er es genauer auf den Erfolg des Eingriffes prüfen. Es zeigt nicht die geringste Entstellung; das einzige Auffällige wäre eine geringe Ablenkung des linken Auges nach innen. Bei näherer Besichtigung hat das linke Auge etwas grössere Dimensionen als das rechte, dagegen besitzt die Augenkammer normale Tiefe und die Iris gesunde Structur und Färbung. Nach oben findet sich ein breites Colobom und da, wo der Linsenrand hier blossliegt, am Aequator lentis eine epaulettförmige, grauweisse Trübung, welche in der Mitte eine Art Auflagerung auf dem Linsenrande, etwa ähnlich wie beim Pyramiden- oder vorderen Centralkapselstaar zeigt. Woher diese Trübung? Bei der Operation war eine Linsenverletzung

nicht vorgekommen, der Heilverlauf war ein ganz glatter, Trübung oder Quellung der Linse fehlten, und erst 7 Jahre später konnte B. diese Trübung constatieren, die einem Pyramidenstaar glich. Diese Aehnlichkeit führt ihn jetzt auf die richtige Fährte. Bekanntlich genügt bei einem Hornhautdurchbruch im frühesten Kindesalter der blosse Contact der noch jugendlich weichen Linse mit der Cornea im Pupillarbereiche zur Entstehung eines Pyramidenstaars; derselbe entsteht aber erst nach einiger Zeit, wenn schon der Verschluss der Perforationsöffnung längst eingetreten. Auch unsere äquatoriale Trübung muss die Folge des Contactes des Linsenrandes mit der Incisionswunde sein, der genügte zu jener Ernährungsstörung, die übrigens seither völlig stationär geblieben ist. Was den übrigen Bulbus anbelangt, so ist der Glaskörper rein, der Sehnerv etwas bloss, jedoch nicht excaviert, was bei dem kurzdauernden glaukomatösen Zustand nicht zu verwundern ist. Das Sehvermögen ist ein geringes; vor 6 Jahren wurden Finger in $1/2$ Meter Entfernung gesehen, jetzt nur in nächster Nähe. Man bedenke, dass das Auge seit frühester Jugend strabotisch abgelenkt war, sodass eine Anaesthesia ex anopsia leicht eintreten konnte. Jedenfalls ist die Dauer der Heilung, der günstige Ausgleich in der Grösse beider Bulbi durch die nachfolgende Entwickelung sehr bemerkenswert.

Was die Natur des Leidens, mit dem der Pat. behaftet war, betrifft, so ist wohl die Drucksteigerung ätiologisch der Hauptfactor. Im Auge des Erwachsenen entsteht unter dem Einflusse derselben zunächst nur Sehnervenexcavation, und nur in extremis pflegt es mitunter zu Ausbuchtungen minder widerstandsfähiger Scleralpartien zu kommen. Beim kindlichen Auge, wo die ganze Bulbuskapsel, insbesondere die Sclera, elastisch dehnbar, nachgiebig ist, giebt die ganze Bulbuskapsel nach, es kommt nicht allein zur Erblindung durch Sehnervenexcavation, sondern auch zu rapider Grössenzunahme des Bulbus durch Dehnung sämtlicher Augenhäute, wodurch wieder die Stabilität des Linsensystems bedenklich gestört wird, was nicht ohne ungünstige Rückwirkung auf die Weiterentwickelung des Processes bleiben kann; langsam oder unter paroxysmalen, qualvollen Drucksteigerungsanfällen wächst das Auge monströs an und muss schliesslich enucleiert werden. Es handelt sich daher darum, den frühesten Stadien des Leidens entgegenzutreten, was, wie dieser Fall lehrt, durch Iridektomie sicher und leicht geschieht.

---

124) **Cassel.** Ueber Tetanie und Rhachitis.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 34.)

Ist die Tetanie eine idiopathische, event. epidemische oder eine secundäre Erkrankung? Spielen vorangehende pathologische Zustände, wie Verdauungsstörungen, eine besondere ätiologische Rolle, oder ist sie eine Folge der Rhachitis? Ist der Laryngospasmus das Hauptsymptom der Tetanie, oder gehört er zur Rhachitis? Welches ist die eigentliche Ursache der Tetanie?

Diese Fragen suchte C. im Verein für innere Medicin in Berlin (20. April 1896) auf Grund seiner Beobachtungen zu beantworten. Dieselben erstrecken sich auf 60 Fälle von Tetanie unter 7000 beobachteten Kindern. Alle Pat. standen im Säuglingsalter, zwischen 4 Wochen und 9 Monaten. Sechs erhielten nur die Mutterbrust, 6 die Mutterbrust und Surrogate, 48 wurden künstlich ernährt mit Kuhmilch und Nährpräparaten. 14 zeigten guten Ernährungszustand, 13 mässig guten, 23 dürftigen, 10 geradezu atrophischen. Alle wiesen die charakteristischen Erscheinungen der Tetanie auf. Laryngospasmus hatten nur 2. Alle aber waren sehr nervös und hatten schlechten Schlaf. Fieber hatten 14, darunter 9 durch Complicationen bedingtes. Was etwaige vorausgegangene Krankheiten betrifft, so litten 21 kurz vorher oder gleichzeitig an acuten Dyspepsien, 5 an chronischen Dyspepsien, zum Teil von Geburt an, bei 4 trat eine Dyspepsie im Verlauf der Tetanie ein; bei 10 bestanden andere Magen-Darmaffectionen, bei 4 davon Erbrechen infolge von Ektasia ventriculi. Also 40 Pat. litten an Verdauungsstörungen und nur 20 waren frei davon. Bei 52 (86%) fand sich ferner Rhachitis, indes sehr geringfügige, meist nur durch unbedeutende Schwellung der Rippenepiphysen sich documentierend, zuweilen auch durch eine Vergrösserung der Fontanelle; 11 davon zeigten Craniotabes, 8 keine Spur von Rhachitis. Ein epidemischer Charakter trat nie zu Tage. Eine tabellarische Aufstellung der Frequenzverhältnisse von Rhachitis, Laryngospasmus und Tetanie in den einzelnen Monaten des Jahres zeigt wohl einen gewissen Parallelismus, indes geht dieser nicht soweit, dass man daraus ein sicheres causales Abhängigkeitsverhältnis zwischen Tetanie und Laryngospasmus einerseits und Tetanie und Rhachitis andererseits construieren könnte. Laryngospasmus hat C. 116 mal beobachtet: alle Pat. waren rhachitisch, mit Ausnahme von zweien; nur 16 davon litten an Tetanie. Damit ist die alte Lehre als zu Recht bestehend erwiesen: die Lehre von der Abhängigkeit des Laryngospasmus von der Rhachitis.

Was die Einwirkung des Phosphors auf Rhachitis und Tetanie anbelangt, so hat C. seit 1888 bei vielen Tausenden von Rhachitisfällen das Mittel angewandt: nicht einmal konnte ein objektiver Nutzen desselben festgestellt werden. Auf die nervösen Erscheinungen der Rhachitis dagegen wirkte der Phosphor in $^2/_3$ der Fälle sehr günstig ein. Bei Tetanie zeigte er keinen Erfolg; hier erweisen sich aber prolongierte Bäder von 28—30° R. 2 mal am Tage fast stets als sehr nützlich, event. wurde Chloral (1,5 : 80,0 1—2 stündl. 1 Kinderlöffel) mit Erfolg verabfolgt. Daneben Behandlung event. Complicationen: Regelung der Diät, Magen- und Darmausspülungen, Besserung der hygienischen Verhältnisse, namentlich in Bezug auf frischen Luftgenuss.

Obige Fragen beantwortet C. also dahin, dass die Tetanie nicht eine Complication der Rhachitis ist, auch nicht ausnahmslos nach Verdauungsstörungen auftritt, dass sie vielmehr eine idiopathische Erkrankung ist, entstehend auf dem Boden allgemein ungünstiger Lebensbedingungen, als welche in Betracht kommen:

1. Die minderwertige Nahrung, die die Kinder an Stelle der Muttermilch erhalten, und auch die Mütter, die ihre tetaniekranken Kinder selbst nährten, konnten keineswegs als gute Ammen bezeichnet werden;
2. die verdorbene Zimmerluft: die Familien, aus denen die kranken Kinder stammten, wohnen in engen, mangelhaft ventilierten, oft feuchten Wohnungen ohne genügenden Luftraum für den Einzelnen. In der kalten Jahreszeit hält sich die ganze Familie in der Küche auf. Aber auch im Sommer sind die Verhältnisse noch sehr unhygienisch, wenn die Kinder nicht genügend ins Freie gebracht werden.

Im Einklang mit dieser Anschauung steht die Thatsache, dass in besser situierten Familien die Tetanie höchst selten vorkommt, was man von der Rhachitis nicht behaupten kann.

Discussion: Kalischer hat unter 9481 Kindern 7 mit Tetanie gehabt. Von der Gesamtzahl waren 2191 in den ersten beiden Lebensjahren, und unter diesen allein 5 von den 7 Tetaniekranken. Von diesen 5 waren 3 rhachitisch (bei einer Gesamtzahl von 1114 rhachitischen Kindern), 2 nicht rhachitisch. 3 litten an acuten Magendarmkatarrhen. Alle 5 hatten Spasmus glottidis. Die Tetanie bei Erwachsenen, wo sich gewiss keine Rhachitis findet, ist auch zuweilen von Spasmus glottidis begleitet. Das ist ein Beweis für einen Zusammenhang desselben mit der Tetanie. Auch bei den beiden nicht rhachitischen Kindern fand sich ja Laryngospasmus. Nur 3 zeigten das Trousseau'sche Phänomen, das auch bei Erwachsenen durchaus nicht so häufig ist und andererseits auch in anderen Fällen vorkommt, ebenso wie das Facialisphänomen. Weiterhin wurden 82 rhachitische Kinder ohne Tetanie auf das Trousseau'sche und Facialisphänomen geprüft; 51 zeigten Spasmus glottidis, 30 allgemeine Convulsionen, 28 Facialisphänomen, 14 Trousseau. Das spricht doch für einen gewissen Zusammenhang zwischen Rhachitis und Tetanie, der ja aber nur in chronischen Ernährungsstörungen zu beruhen braucht, wie es Cassel will. — Heubner hat sich bisher nie in Discussion über dies Thema eingelassen, weil er glaubt, eine klare Definition von der Tetanie bei Kindern zu geben, sei noch unmöglich. Wenn eine gewisse Reihe von Symptomen da ist, sagt man, es ist Tetanie; wenn nicht, wenn auch nur eins da ist, sagt man auch, es ist Tetanie! Wo ist da der Begriff? Nur das Eine halte er für sicher, dass Glottiskrampf und Tetanie keine identischen Begriffe sind. Ungeheuer oft findet sich der Glottiskrampf neben Eclampsie und sogar bei Kindern, die später von Epilepsie befallen werden. Der Glottiskrampf ist nichts Specifisches und kann also bei verschiedenen Krankheiten vorkommen.

---

125) **Fr. Hartcop.** Zur Phosphor-Behandlung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 17.)

H. ist ein grosser Anhänger der Phosphor-Therapie, die ihn bei Rhachitis, selbst in den hartnäckigsten Fällen nie im Stich liess, sobald die genügende Geduld obwaltete, und die nie Schaden anrichtete. Der Phosphor übte auch auf die Complicationen der Rhachitis den günstigsten Einfluss aus, ja sogar eine auffallende seelische Veränderung der Kinder kam durch den Phosphor zustande: Die nervösen Reizerscheinungen liessen allmählich nach, und bei geistig zurückgebliebenen Kindern, ja sogar bei beginnender Verblödung besserte sich die Intelligenz zuweilen in ganz eclatanter Weise. Diese Beobachtungen veranlassten H., den Phosphor auch bei älteren, nicht rhachitischen Kindern anzuwenden, sowohl solchen, welche an erhöhter Hirnreizbarkeit litten, als auch solchen,

welche mit Gehirnschwäche behaftet waren, jenen blassen, schlaffen, körperlich und geistig matten Kindern. die an periodischen Kopfschmerzen leiden, die Schule nicht vertragen, zurückbleiben, reizbar werden. Das Phosphor wirkte auch hier vorzüglich, und rühmt sich H. im Laufe der letzten 10 Jahre eine grosse Anzahl von Kindern lediglich durch den Gebrauch dieses Mittels an Körper und Geist wesentlich gekräftigt zu haben.

Die Misserfolge, die manche mit der Phosphor-Therapie erzielt haben, sind begründet durch die Vernachlässigung der Beobachtung des Zustandes des Magens und durch zu geringe Tagesmengen, welche viel zu langsam wirkten und die Geduld des Arztes und des Patienten allzufrüh erschöpften. Richtig und zweckmässig dargereicht, wirkt der Phosphor sicher. Man gebe ihn in Emulsion, im Winter auch in Leberthran, stets 1 Stunde nach der Mahlzeit, also bei vollem Magen, und zwar 2 mal täglich à 0,0005 Kindern von 1—5 Jahren, à 0,0006 solchen von 5—12 Jahren; später kann man mehr geben, erhöhe aber nicht die Einzeldosis, sondern gebe lieber einen Tag um den anderen die angegebene Dosis statt 2 mal 3 mal. Stets ist der Magen genau zu beobachten; man beginne die Kur nicht, ehe der Magen in Ordnung ist, und unterbreche sie sogleich, falls Magenbeschwerden sich zeigen. Das Bestehen eines Durchfalls contraindiciert aber die Kur nicht, nur combiniere man den Phosphor mit kleinen Opiummengen (z. B. Tct. theb. 0,05 pro die). Man mache ferner von vornherein darauf aufmerksam, dass die Kur eine recht lange ist, dass 10 Flaschen (à 100 gr Flüssigkeit), in schwereren Fällen sogar 15—20 nötig sein würden und dass nach den ersten 5 Flaschen ein Erfolg noch kaum zu sehen sein dürfte. So giebt sich das Publikum keinen Illusionen hin und wartet eher geduldig. Ueber 20 Flaschen geht H. nicht hinaus, doch nimmt er gleich eine Nachkur von 10 Flaschen für 1—2 Jahre später in Aussicht. Zur Unterstützung der Phosphorkur empfiehlt er: zweckmässige Kost, frische Luft, Bäder von 26—24° R. einen über den anderen Tag gemacht, von 8 Minuten Dauer.

---

126) **A. Johannessen.** Ein Fall von tötlich verlaufender Petroleumvergiftung bei einem 2jährigen Mädchen.

(Aus der pädiatr. Universitätsklinik in Christiania.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 15/16.)

Am 8. Dec. 1895 abends 6 Uhr wurde ein 2jähriges Mädchen in die Klinik gebracht, das einige Stunden vorher eine unbekannte Menge amerik. Petroleums getrunken hatte. Seit dem Alter von 2 Monaten soll das aus tuberkulöser Familie stammende Kind öfters Anfälle von Diarrhoë von verschiedener Dauer gehabt haben und nie länger als 1 Monat lang gesund gewesen sein. Der letzte Anfall trat vor 3 Wochen ein und dauerte 8 Tage. Erbrechen war selten vorhanden. Pat. war immer schwächlich.

Jetzt Status: Pat. bleich, Lippen etwas cyanotisch. Respiration erschwert (56). Herztöne rein, ziemlich deutlich. Temper. 37,5° C. Benommenheit, aber nicht Bewusstlosigkeit. Pupillen nicht erweitert, reagieren gut bei Licht. Puls 144, etwas unregelmässig. Rosenkranz und Epiphysenauftreibungen. Exspirationsluft riecht nach Petroleum.

Durch Einführen des Fingers in den Mund reichliches Erbrechen; das Er-

brochene enthält viel Schleim, wenig Blut und riecht stark nach Petroleum. Ausspülung des Magens; das Spülwasser riecht nach Petroleum. Nach $^1/_2$ Stunde nochmals Einführen des Fingers in den Hals: wenig Erbrechen, etwas Blut. Subcutane Injection von 1 gr Ol. camphorat. Der Puls hebt sich, Pat. erholt sich etwas. Entleerung des Darmes durch 2 Klystiere: das Entleerte riecht stark nach Petroleum.

Um $^1/_2$8 Uhr, bei einer Temper. von 37,4° von neuem Somnolenz, Zunahme der Respirationsbeschwerden, der Puls wird wieder schwächer und unregelmässiger, um 9 Uhr Exitus letalis in Coma.

Die Section ergiebt keine pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche den Tod erklären konnten: Herz erweitert, aber ohne Fettdegeneration; eine solche ebensowenig in Nieren und Darm. Bedeutende Atelektase der Lungen und Congestionszustand derselben, aber keine pneumonische Infiltration.

Dieser negative Sectionsbefund, sowie der Symptomencomplex scheint mit Bestimmtheit darauf hinzudeuten, dass der Fall als eine Intoxication wesentlich cerebrospinaler Natur aufzufassen ist, wie man sie nach einer ganzen Reihe von Giften auftreten sieht, auch nach Giften aus der Kohlenwasserstoffreihe und ihren Derivaten, aus denen das amerik. Petroleum eben besteht, und unter welche solche Verbindungen, wie Sumpfgas (Chloroform), Aether und Alkohol gehören. Die Wirkung dieser Stoffe beruht jedenfalls auf Beeinflussung bestimmter Ganglien. Auch Kobert führt das Petroleum unter den cerebrospinalen Giften auf. Obiger Fall ist der erste sicher constatierte Todesfall nach Genuss von Petroleum. Was den Tod bewirkte, ist schwer zu entscheiden; bei Tierversuchen, welche tötlich endeten, fand man denselben Congestionszustand der Lungen, wie im obigen Fall.

Von Petroleumvergiftungen bei kleinen Kindern fand J. in der Litteratur nur 2 Fälle vor:

1. Beobachtung von Elliot (The Lancet 1880): 2jähriges Kind, das einen Schluck Petroleum getrunken. 20 Minuten darauf Collaps, Körper mit kaltem Schweiss bedeckt, Hautfarbe blass, Puls klein und schwach. Pupillen bedeutend erweitert, aber gut auf Licht reagierend. Somnolenz. Nur 1maliges unbedeutendes Erbrechen trotz Brechmitteln; das Erbrochene roch stark nach Petroleum. Zwei Stunden später begann sich das Kind zu erholen, Tags darauf war es gesund.

2. Beobachtung von Norderling (New-York medic. Record 1888 S. 64): 11 Monate altes Kind, das eine unbekannte Menge Petroleum getrunken. 10 Minuten später Schläfrigkeit und febriler Zustand. Puls 150, weich, Respiration 40, Gesicht und Nacken mit Schweiss bedeckt, Extremitäten kalt. Nach Ipecacuanha Erbrechen; das Erbrochene enthielt Petroleum. Am nächsten Morgen Stuhlentleerung, aber ohne Petroleumgeruch. Die Nacht hindurch Unruhe und etwas Husten. Mittags 40° C. in der Achselhöhle. Abends kein Fieber mehr, Tags darauf Euphorie.

---

127) **J. Josefoicz.** Ein Fall von acuter Carbolsäure-Vergiftung.

(Gazeta lekarska 1895. No. 6. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 34.)

Einem 10monatlichen Knaben wurde aus Versehen ein Klystier appliciert, in welches eine unbedeutende Menge einer $^1/_2$%igen Carbolsäurelösung gethan war. Der Pat. wurde sofort bewusstlos und bot das volle Bild einer Carbol-Intoxication: unregelmässige, sehr verlangsamte Atmung, sodass oft in einer Minute nur 1 stertoröser Atemzug vernehmbar war, aufgehobene Sensibilität und Reflexe, verlangsamten, ziemlich vollen, sehr leicht unterdrückbaren Puls, verengte, reactionslose Pupillen, empfindungslose Hornhaut, frei herabhängenden Unterkiefer.



Künstliche Atmung, warme Bäder, Senfpflaster verbesserten den Zustand bedeutend, am Tage darauf entwickelte sich eine leichte Pneumonie, die aber nach einiger Zeit in volle Genesung überging.

Immerhin lehrt dieser Fall aufs neue, welche Vorsicht bei Anwendung von Carbol bei kleinen Kindern obwalten muss.

---

128) **Shofield** und **Pantin**. Ein ungewöhnlicher Fall von Belladonna-Vergiftung.

(The Lancet, 27. Juli 1895. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 34.)

Ein 6jähriger Knabe, ins Kinderhospital mit der Angabe gebracht, er sei auf den Kopf gefallen, delirierte und zeigte grosse körperliche Unruhe. Die Bewegungen geschahen schleudernd und unbeabsichtigt, der Gang war uncoordiniert, Pupillen gleich, aber dilatiert und auf Licht nicht reagierend. Haut trocken und offenbar stark juckend. Pat. erkannte seine Mutter nicht. Aeussere Verletzungen fehlten.

In der Vermutung, dass es sich doch um eine Belladonna-Vergiftung handele, spülte man den Magen aus, wobei Fragmente von etwa $^1/_2$ Dutzend Belladonna-Beeren und zahlreiche Samenkörner zum Vorschein kamen. Der Magen wurde solange ausgewaschen, bis das Spülwasser vollkommen klar ablief. Während der nächsten Stunden lag der Pat. ruhig da, dann stellte sich ein Delirium ein, dessen Inhalt sich auf das vorhergegangene Ereignis des Beerenessens bezog: der Knabe unterhielt sich darüber mit Spielgenossen, führte die Hand wiederholt zum Munde, kaute und schluckte. Erst auf eine Injection von 0,006 Morphium mehrstündiger ruhiger Schlaf. Am nächsten Morgen begann das Bewusstsein langsam zurückzukehren und am Tage darauf war der Knabe wieder vollkommen wohl.

Das Ungewöhnliche dieses Falles lag in der Anamnese, die leicht zu Täuschungen führen konnte, und in dem Delirium, das in eigentümlicher Weise die Aufnahme des Giftstoffes reproducierte.

---

129) **Eschle**. Ein Beitrag zur Casuistik der Opiumvergiftungen.

(Therap. Monatshefte 1896. No. 4.)

E. wurde am 20. Dezember 1895 abends 7 Uhr zu einem 4jährigen Mädchen gerufen. Er fand die Pat. in soporösem Zustande, welcher periodisch durch Opistotonus, Trismus und intermittierende Convulsionen der Gesichts- und Extremitätenmuskulatur unterbrochen wurde. Die klonischen Krämpfe, ebenso heftige Schmerzäusserungen schon durch leichte Berührung der Haut auslösbar. Pupillen beiderseits beinahe ad maximum dilatiert, reagierten nicht auf Lichteinfall. Gesicht gerötet, Haut heiss und trocken, Puls klein, verlangsamt. — Der Zustand soll sich schon seit dem Vormittage gezeigt haben, aber erst gegen Abend bedrohlicher geworden sein. Es war sehr häufiges, schliesslich galliges Erbrechen erfolgt, aber kein Stuhlgang.

Betreffs der Aetiologie ergab sich folgendes: Die Pat. liegt seit dem Abend des vorigen Tags zu Bett. In der vergangenen Nacht gegen 11 Uhr wurde sie, nachdem sie den Tag über viel gehustet, so unruhig, dass die Mutter ihr 12 Tropfen von einem Medikament gab, welches früher ein Arzt dem Kinde wegen solcher sich häufig wiederholender Zustände verordnet hatte, das aber bisher nicht benutzt worden war. Diese Arznei nun war reine Tinct. Opii simpl. (s. darüber weiter unten), wie E. später bei Nachfrage in der Apotheke erfuhr.

Therapie: Laues Bad, Breikataplasmen auf den Leib, Schlucken von Eisstückchen.

Um 9 Uhr Pat. in tiefem Sopor. Keine Krämpfe. Gesicht blässer, Haut ziemlich feucht, oberflächliche, verlangsamte (10—12 Züge), ruhige Atmung,

kleiner, inäqualer, arhythmischer Puls (58—66), Temper. in der Achselhöhle 38,4°. Therapie: Oelseifenwasserklysma und Belladonnainfus (0,6 : 90 + Syr. Senn. 30,0 2 stündl. 1 Kinderlöffel), daneben die früheren Massnahmen.

Nachts einigemale Erbrechen, kein Stuhl. Wegen des Schlafes Medikament sehr unregelmässig verabreicht.

Beim nächsten Besuch am Tage darauf früh morgens berichtete die Mutter, dass die Pupillen auffallend klein gewesen seien, auch sagt sie jetzt erst, dass das Kind am Tage vorher die Blase nicht habe entleeren können. Jetziger Status: Starker Sopor, keine Krämpfe. Heftiger Husten. Pupillen mittelweit, reagierten auf Lichteinfall. Haut trocken und nicht kühl. Puls mässig voll (82), Respiration 16—18 pro Minute, Temperatur 40,2° C. Dämpfung über der Lunge R. H. U. und abgeschwächtes rauhes Atmen ebendaselbst.

Reichliche Entleerung erst am Nachmittag nach Fortsetzung obiger Medication und Wiederholung der Einläufe. Auch Blasenfunction normal. Als Excitans Vin. Tokayense 4 mal tägl. 1 Theelöffel.

Weiterer Verlauf: die Intoxicationserscheinungen besserten sich fortdauernd, wenn auch sehr langsam im Laufe der nächsten beiden Tage, während Fieber, Husten und die übrigen pneumonischen Symptome persistierten, bis in der Nacht vom 26./27. Dezember die Krisis eintrat. Reconvalescenz normal, Entlassung am 2. Januar 1896.

Epikrise: Bemerkenswert an diesem Falle von Opiumvergiftung ist zunächst das lange Anhalten der Symptome, da man für gewöhnlich annimmt, dass dieselben in 6—24 Stunden, wenn sie bis dahin nicht zum Exitus geführt haben, ablaufen, während hier erst in 20—22 Stunden der Höhepunkt erreicht wurde. Von den beobachteten Symptomen selbst ist das Erbrechen häufig, ebenso Convulsionen, Trismus, Opistotonus bei Kindern wenigstens ebenfalls, die strangurischen Beschwerden sind ebenfalls nicht selten. Beachtung verdient die hier auf dem Höhepunkt der Erscheinungen constatierte Pupillenerweiterung. Hierzu führt E. folgende Punkte an:

a) Das Erweiterungscentrum für die Pupille kann direkt durch das in demselben kreisende Venenblut gereizt werden. Demzufolge tritt, wenn die Respiration mangelhaft ist oder während einer Dyspnoë, eine bedeutende Erweiterung der Pupille ein; nur sobald die Asphyxie vollständig wird, erfolgt Lähmung des Centrums und die Erweiterung der Pupille schwindet wieder. — Hier kann der hyperämische Zustand der Lunge die Bedingungen zur Pupillendilatation gegeben haben.

6) Einzelne erweiternde Fasern sind im V. Nerven enthalten, die meisten aber gehen das Rückenmark abwärts zur Ciliospinalgegend im unteren Hals- und oberen Rückenteil des Rückenmarks und von hier beim Affen und wahrscheinlich auch beim Menschen durch den 2. Rückenmarksnerven in den Halsteil des Sympathicus, in welchem sie wieder zum Auge emporsteigen. — Hier konnte zunächst Reizung des Sympathicus durch die Reizungserscheinungen im Magendarmkanal (Erbrechen) zustande kommen, andererseits aber hat Opium in sehr grossen Dosen eine Reizung des Rückenmarks zur Folge, obwohl es anfangs und in kleinen Dosen beruhigend auf dasselbe zu wirken scheint.

Sehr auffallend war hier die lebhafte Steigerung der Reflexerregbarkeit, die eher einer Strychninvergiftung entsprach, bemerkenswert endlich das Zusammentreffen mit der Pneumonie. Wahrscheinlich stellten schon die Erscheinungen, die die Darreichung des Opiums veranlassten, den Beginn der Pneumonie dar, aber es

kann auch die Opiumintoxication eine bedeutende Hyperämie der Lungen veranlassen, sodass Infectionsträger, die den Katarrh der Luftwege bedingten, einen ergiebigen Boden vorfanden.

Schliesslich bleibt noch die merkwürdige Thatsache zu besprechen, dass einem 4jährigen Kinde reine Opiumtinctur (bei Bedarf 12 Tropfen zu nehmen!) von einem Arzt verordnet worden war. Letzterer war von der Mutter wegen der angeblichen Krämpfe „für ihr Mädchen" requiriert worden, hatte dabei an eine „Bedienstete" gedacht und wegen „Menstruationskolik" die Tropfen aufgeschrieben, ohne näher zu fragen, ohne die Pat. zu sehen.

---

130) **J. Rachmaninow.** Das Adenom der embryonalen Schilddrüsenkeime.

(Medicinskoje Obosrenje 1896. No. 1. — St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896, Literatur-Beilage No. 3.)

2 Fälle (Geschwister), genau der von Wölfler beschriebenen Form, dem sog. fötalen Adenom entsprechend. Bei dem einen Fall, bei einem 10jährigen Mädchen traten seit dem 5. Lebensjahre grössere und kleinere Geschwülste am Halse auf, die vergrösserten Lymphdrüsen entsprachen. Später stellte es sich heraus, dass die exstirpierten Tumoren alle Entwickelungsstadien der accessorischen Schilddrüsen darstellten, angefangen von den formlosen Conglomeraten epithelialer Zellen bis zum reifen Drüsengewebe, das stellenweise einer cystischen Degeneration unterliegt. Gleichzeitig wurden in der Schilddrüse selbst ganz ebensolche Tumoren wie am Halse eingesprengt gefunden.

---

131) **Holländer.** Exstirpatio uteri et vaginae bei einem 9 monatlichen Kinde.

(Deutsche medic. Wochenschrift, Vereins-Beilage 1896. No. 16.)

H. demonstrierte in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (13. Januar 1896) das Präparat eines totalexstirpierten Uterus nebst Vagina, das Prof. Israel durch Operation bei folgendem Fall gewonnen hat.

Es handelt sich um ein Kind aus ganz gesunder Familie, welches bereits im 7. Lebensmonate profuse Blutungen aus den Geschlechtsteilen hatte. Der Arzt entfernte einen taubeneigrossen, bereits zerfallenen Vaginalpolypen, dessen Stiel im hintersten Teil der Vagina sass. Die mikroskopische Diagnose lautete „Sarcom". Prof. Israel wurde die Pat. zur Radikaloperation zugeführt. Bei der vaginalen Exploration fand sich ein ca. krachmandelgrosser, höckriger, ziemlich derber Tumor, der den hintersten Teil der Vagina ausfüllte, den Zugang zur Portio und zum Uterus ganz verlegte und eine Differenzierung der Tumormasse von dem Uterus unmöglich machte. In Chloroformnarkose wurde bei parasacralem Vorgehen mit einem Schnitt von der Spina post. sup. bis zur Spitze des Os coccygis das Operationsterrain freigelegt, unter Schonung des Nerven und der Arter. pudenda. Die Hauptschwierigkeit bei den minutiösen Verhältnissen der Teile bestand in der Freipräparierung der Vagina aus ihren sämtlichen Verbindungen. Man benutzte einen kleinen Peritonealriss, um den Uterus retrovertiert aus dem Douglas'schen Raum zu ziehen, von seinen Adnexen zu befreien und so den ganzen Genitalschlauch in toto, ohne

dass das Sarcom mit der Umgebung in Berührung kam, aus der Wunde herauszuziehen. Die Scheide wurde dann etwa 1 cm oberhalb des Vestibulum abgeschnitten, die Wunde vernäht. 4 Wochen später wurde Pat. geheilt entlassen.

Und nun das Präparat. Unterhalb der Portio sieht man einen ca. 2½ cm breiten und langen Tumor, der etwas gelappt, höckrig und derb ist, prominieren. Die Geschwulst, die breit aufsitzt und durch die ganze Dicke der Wand geht, ist ein Spindel- und Rundzellensarcom. Der dasselbe umgebende Schleimhauthof hat an 2 Stellen ein etwas granuliertes Aussehen, und ferner finden sich auf der gegenüberliegenden vorderen Seite, dicht unterhalb der Portio, einige hahnenkammähnliche Excrescenzen. Diese feinwarzigen Wucherungen kennzeichnen den beginnenden traubigen Charakter der Geschwulst, während von den übrigen 15 bisher beschriebenen Fällen von angeborenem Scheidensarcom alle diese Form in vorgeschrittener exquisiter Weise zeigten. Dieses „traubige" Scheidensarcom unterscheidet sich pathologisch und klinisch von dem gewöhnlichen primären Scheidensarcom der Erwachsenen. Gemeinsam haben beide die enorme Bösartigkeit, welche allerdings bei der traubigen Form eine ausschliesslich lokale ist. Von den 15 Fällen endeten alle letal. Es wurden allerdings keine Radikaloperationen gemacht; die Recidive traten meist schon nach Wochen, ja Tagen ein, wenn die Operateure sich auf Entfernung der Polypenmassen beschränkten. Nur bei einem Falle Schuchardt's war ein operativer Erfolg zu constatieren: es handelte sich um einen Tumor, der von dem unteren Teile der hinteren Wand ausging, und den Volkmann samt Haftstelle entfernte; es trat nach 6½ Monaten ein Recidiv ein, worauf Wegnahme der Hälfte der hinteren Wand stattfand, mit dem Erfolge, dass das Kind geheilt blieb und jetzt, nach 10 Jahren, ein blühendes, durchaus gesundes Mädchen ist.

---

132) **Kaposi.** Ein ungewöhnlicher Fall von Molluscum contagiosum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 20.)

Derselbe, von K. der Wiener Dermatolog. Gesellschaft (9. April 1896) demonstriert, betrifft ein 6½ Monate altes, gut entwickeltes Brustkind, das bis vor 6 Wochen vollständig gesund gewesen ist, worauf sich zuerst am behaarten Kopfe die einer Bromacne sehr ähnliche Affection entwickelte, die jetzt folgendes Bild darbietet:

An der linken Wange schwarzbraune Krusten auf geschwellter Area, der linke und rechte Arm besetzt mit pfennig- bis thalergrossen, zu einer höckrigen Geschwulst confluierenden Knoten, die mit schwarzbraunen, schmutzigen, rissigen Krusten bedeckt sind. Am linken Unterschenkel 2 thalergrosse, scharf begrenzte, steil abfallende, an der Basis rotschimmernde, oberflächlich mit fetten, schwarzgrünen Krusten bedeckte Knoten, dicht daneben kleinere; am rechten Unterschenkel mehrere solche, aber nicht scheibenförmige, sondern mehr länglich gestaltete, wurstförmige Efflorescenzen. Bei genauer Untersuchung findet man im Bereich der Stirne, der Nase, am Halse in Striemen und Streifen angeordnete disseminierte Efflorescenzen von weniger als Hirsekorngrösse, Knötchen, mit wässrigem Schimmer, die aber keine Flüssigkeit enthalten. Die grösseren Knötchen sind ebenfalls transparent, zeigen jedoch eine leichte Delle im Centrum. An der Stirn und Nasenspitze traten ferner grosse Plaques auf, die scharf be-

grenzt sind, steile Ränder haben und in der Mitte eine kleine Vertiefung zeigen; randständig finden sich durchwegs transparente Bläschen, rosettenförmig angereiht. Die grösseren wulstförmigen Heerde sind ähnlich zusammengesetzt.

Diese mit einer Delle versehenen Herde liessen daran denken, dass es sich um Molluscum contagiosum handelte, zumal weder das Kind, noch dessen Mutter jemals Brom genommen hatten. Die zufällig herausgedrückte, breiartige Masse ergab bei der mikroskopischen Untersuchung nur schollige, epidermoidale Massen, keine Molluscumkörperchen. Erst bei der Untersuchung des Inhalts einer Efflorescenz an der Uebergangsfalte zwischen Daumen und Zeigefinger fand man zahlreiche Molluscumkörperchen. Auffällig ist die Entwickelung des Processes; man konnte Nachschübe beobachten, die sich innerhalb weniger Stunden entwickelten. Die Efflorescenzen sind, so lange sie keine Krusten tragen, auch äusserlich dem Molluscum contagiosum ähnlich; infolge des Eiterungsprocesses kommt es dann zur Exfoliation des Inhalts. Einzelne Efflorescenzen haben Aehnlichkeit mit Miliumkörnchen. Die grösseren entstehen durch Aneinanderreihen von vielen solchen Geschwülsten, aus denen die fettig degenerierten Massen exfoliiert wurden und nun als unregelmässige Auflagerungen zu sehen sind. Um den Fall als excessiven zu kennzeichnen, möchte K. von einem Molluscum contagiosum giganteum reden.

---

133) **W. Dubreuilh.** Ein Fall von Psoriasis der Nägel.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1896, Bd. XXII. No. 9.)

Die Pat., ein 6jähriges Mädchen, hat das Leiden schon seit etwa 3 Jahren. Es begann am linken Daumen. Seitdem sind auch die Nägel der rechten Hand, mit Ausnahme desjenigen des 3. Fingers ergriffen. Kein Nagel ist bis jetzt völlig geheilt, doch war der Befund an den einzelnen Nägeln bis jetzt immer ein wechselnder, indem sie bald grössere, bald geringere Veränderungen aufwiesen. Die erste Veränderung bestand immer in einer Ablösung des Nagels an einem der Winkel, wo sein freier Rand mit den Seitenrändern zusammentraf; bisweilen erfolgte die Ablösung auch gleichzeitig an beiden Winkeln und griff dann bald mehr, bald weniger ausgedehnt auf den freien Rand über. Irgend ein Hautausschlag hat zu keiner Zeit bestanden und besteht auch jetzt nicht; ebenso bieten auch die Nägel an den Zehen nichts Abnormes.

Am ausgebildetsten sind die Veränderungen am Ringfinger. Der Nagelfalz ist hier normal. Der Nagel selber hat seine gewohnte Form und Krümmung, aber er ist merklich verkürzt und an seinem freien Rande mehr als $1^1/_2$ mm von seiner Unterlage abgehoben. An seiner Oberfläche ist diese Ablösung durch eine weisse Verfärbung kenntlich. Diese hellere Zone wird von einer zackigen Linie begrenzt und sieht aus, als bestehe sie aus einer Reihe dichtstehender Längsstreifen von fast gleicher Länge. Unterhalb der weissen Zone befindet sich ein rauchbrauner Saum von $^1/_2$ mm Breite, der aber weder sehr deutlich ist, noch eine ununterbrochene Linie darstellt. In geringer Entfernung von diesen Veränderungen und ohne Zusammenhang mit ihnen erblickt man 3 kleine, bunte, stecknadelkopfgrosse Flecke, die wohl abgegrenzt sind, aber keine scharfen Umrisse besitzen. Auf einem dieser Flecke hebt sich deutlich ein kleiner dunkelbrauner Längsstreifen von $^2/_3$ mm Länge und $^1/_5$ mm Breite ab. Die Oberfläche des Nagels ist mit kleinen punktförmigen Vertiefungen, wie beim Fingerhut, besät; der Boden dieser Vertiefungen ist nicht glatt, sondern mit kleinen, perlmutterglänzenden Schuppen bedeckt. Der freie, abgelöste Nagelrand ist etwa 1 mm von dem Nagelbett abgehoben; der so entstandene Raum ist von einem $^1/_2$ mm dicken Haufen feinster weisser Schuppen angefüllt, die Perlmutterglanz haben, trocken sind und sich mit der Messerspitze in Form eines reichlichen

Schuppenstaubes leicht ablösen lassen. Am Nagelgliede bestehen bis zur Mitte der Pulpa Spuren von Desquamation. Der Epidermis ist hier abnorm dünn, geht aber ohne weiteres in die gesunde Haut über; irgend ein Wulst ist zwischen beiden Teilen nicht vorhanden.

Die anderen Nägel weisen die nämlichen Veränderungen, nur in geringerem Grade und Umfange auf. Am rechten Daumen befinden sich auf der Nagelfläche nur einige braune Flecke, an anderen Nägeln ist nur die Ablösung oder sind nur die Vertiefungen oder nur die Desquamation an der Fingerkuppe vorhanden.

Behandlung mit Einreibungen von:

Rp. Chrysarobin 2,0.
Resorcin. 0,5.
Lanolin.
Axung. porc. āā 10,0.

Die Diagnose dieses Falles ergab sich sofort aus dem ganz charakteristischen Befunde; bestätigt wurde sie zudem durch eine einige Zeit später auftretende, typische Psoriasisplaque auf dem rechten Oberschenkel.

---

134) **A. Mayer.** Ueber einen Fall von infectiösem Erythem.

(Der Kinder-Arzt 1896. No. 6.)

M. beschreibt folgenden Krankheitsfall:

„Es handelt sich um einen 3jährigen Knaben (Söhnchen eines Pfarrers), der früher stets gesund war und hereditär nicht belastet ist.

Als ich ihn zum erstenmale sah (12. Oktober 1894) war eine bereits verschorfte Wunde am Hinterhaupte zu konstatieren, die vor ca. 14 Tagen infolge einer Verletzung mit einer Kinderschaufel enstanden war. Von der Wunde aus liessen sich 2 perlschnurartig verdickte Lymphstränge nach unten verfolgen. Occipital- und Cervicaldrüsen beiderseits mässig, Submaxillardrüsen bis zur Faustgrösse geschwollen. Auf der linken Wange eine thalergrosse Stelle, über welcher die Haut ödematös und gerötet ist. Temperatur 39,4°. Puls und Atmung entsprechend beschleunigt. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt normale Verhältnisse. Milz nicht vergrössert.

Während der nächsten Tage stieg das Fieber, mit geringen Morgenremissionen, bis zu 40° an und am 22. Oktober entwickelte sich, am Halse beginnend, ein dem morbillösen vollständig analoges, papulöses Exanthem, das auf Gesicht, Brust, Arme und schliesslich untere Extremitäten successive überging. Rötung der Rachenschleimhaut. Mässige Conjunctivitis. Sonst keine katarrhalischen Erscheinungen. Anorexie.

Mit dem ersten Erscheinen des Exanthems nahm das Fieber ausgesprochenen pyämischen Charakter an: Abendtemperaturen von 41°, Morgenremissionen bis zu 35°; am 2. November Acme. Abendtemperatur 42°. Collapse. Ordination: Digitalis, Moschus, Champagner.

Es traten mehrere stinkende Diarrhoën ein, welche vom 3. November ab einen lytischen Abfall des Fiebers einleiteten.

Am 12. November Pat. fieberfrei, und gleichzeitig sind auch die letzten Spuren des allmählich verblassenden Erythems geschwunden. Der Kranke erholte sich sehr schnell, konnte nach 3 Tagen bereits das Bett verlassen. Die Drüsentumoren bestanden verkleinert fort.

Am 25. November war merkwürdigerweise dasselbe Exanthem auch bei der Mutter des Pat. zu konstatieren. Eine Risswunde am Daumen, die sie sich vor längerer Zeit zugezogen und nicht mehr beachtet hatte, zeigte entzündliche Reaction. Das Exanthem verbreitet sich — ebenfalls am Halse beginnend — rasch über den ganzen Körper. Kein Fieber. Allgemeinbefinden nicht gestört. Nach 3 Tagen Erythem wieder verschwunden, ohne dass Abschuppung erfolgte.

Am 9. Dezember wurde ich abermals zu dem kleinen Pat. gerufen, der tagsüber nach Aussage der Eltern wie seither noch völlig munter war. Unter subjectivem Kältegefühl hatte sich plötzlich Fieber eingestellt (41°). Die Drüsentumoren hatten wieder ihre alte Grösse erreicht. Auf der Brust war ein Exanthem

sichtbar, das völlig scarlatinösen Charakter zeigte, diffuse Röte, durch dicht zusammenstehende Punkte hervorgerufen.

An den folgenden Tagen ging das Exanthem successive auf Hals, Gesicht, Arme, Beine über. Das Fieber hatte wieder, wie während der vorhergehenden Attaque, pyämischen Charakter (35,5° morgens — 41° abends.) Am 17. Dezember kritischer Abfall, das Exanthem schwand langsam.

Pat. erholte sich abermals sehr rasch, bis er am 14. Januar 1895 zum drittenmale, wieder ganz plötzlich, von einem gleichen Fieberparoxysmus befallen wurde. Zu gleicher Zeit zeigten sich am Septum narium, an der rechten Ohrmuschel, dem rechten Zeigefinger und auf der Mundschleimhaut rundliche, flache mit Eiter bedeckte Ulcera. Ein Exanthem war diesmal nicht vorhanden.

Das Fieber schwand Mitte Januar, nach Eintritt copiöser stinkender Diarrhoën. Die Ulcera gingen unter Behandlung mit dem scharfen Löffel und Argent. nitr.-Aetzung zurück. Rasche Reconvalescenz.

Im Laufe des Jahres traten noch 3mal plötzliche Temperatursteigerungen ein, (—40°), die aber nur je einen Tag währten, und von Zunahme der immer noch bestehenden Drüsentumoren, und hie und da auftretendem Exanthem begleitet waren.

Seit Dezember 1895 hat sich eine Attaque nicht mehr eingestellt. Pat. hat sich kräftig entwickelt. Die Drüsentumoren bestehen noch in mäfsigem Grade."

Es handelt sich hier offenbar um eine Infection von der Kopfwunde aus. Der Fiebertypus spricht für Septicopyämie, die nachweisliche Veränderungen in den Lymphdrüsen, der Schleimhaut des Mundes, der Nase und des Darmes, sowie in der äusseren Haut schuf. Was die letztere anbetrifft, so müssen wir an Kokkenwirkung denken: entweder an Fernwirkung der Spaltpilze, sodass das Exanthem ein „toxisches" wäre, oder an eine wirkliche Lokalisation der Krankheitserreger in der Haut, ähnlich der Roseola typhosa. Erytheme letzterer Art sind in neuerer Zeit mehrfach beobachtet worden; so von Fränkel ein über den ganzen Körper verbreitetes Erythema papulatum bei Diphtherie, wo bei der Untersuchung der befallenen Partien post mortem Oedem des Bindegewebes und Papillarkörpers, Zellanhäufung um die Gefässe und Streptokokkenembolien in den Capillaren gefunden wurden; so ein Fall von Erythema nodosum univers., wo genau dieselben Veränderungen vorlagen. Im obigen Falle konnte eine solche Untersuchung nicht stattfinden; für Lokalaffection würden event. die Ulcerationen sprechen.

---

135) **D. Galatti.** Ein merkwürdiges Exanthem als Begleitung einer scharlachähnlichen Rachenerkrankung.

(Dermatolog. Zeitschrift 1896. Bd. III. Heft 2.)

Der Fall betrifft ein 3jähriges Kind, welches am ganzen Stamme ein dicht gesätes, erhabenes, dunkelbraunrotes, lichenähnliches Exanthem von wachsigem Glanze aufwies, während die Extremitäten und das Gesicht davon frei waren. Die Zunge erschien belegt, himbeerrot, im Rachen war ein sülziger, gelblicher Belag zu konstatieren. Ferner bestanden Drüsenschwellungen und erhöhte Temparatur (39°) bei einem Puls von 100 Schlägen, endlich katarrhalische Reizung der Conjunctiven und der Nasenschleimhaut. Nach 6—8 Tagen war das Exanthem abgeblasst und es trat starke Desquamation ein.



136) **Pucci.** Un caso di porpora fulminante.

(Gazz. degli osped. e delle clin. 1896. No 28. — Centralbl. f. innere Medicin 1896. No. 21.)

Ein 7jähriger Knabe erkrankt an Masern, zu denen sich eine Parotitis gesellt. Letztere wird am 13. Krankheitstage entleert, es kommt gutartiger Eiter heraus, das Fieber fällt ab. 2 Tage später stellen sich unter erneutem Fieber (bis 38,6°) Blutungen aus Nase, Mund, Rectum, Blase ein, Tags darauf entwickeln sich am ganzen Körper Purpuraflecke, die an manchen Stellen confluieren, ausserdem bestehen Gliederschmerzen, hochgradige Anämie, Milztumor, Temperatur über 39°, Puls 120, Apathie, und 2 Tage nach Auftreten der Flecke tritt trotz Anwendung von Liq. ferri, Secale, Acid. gallic. der Exitus letalis ein.

---

137) **Marfan** und **Hallé.** La varicelle du larynx.

(Revue des mal. de l'enfance 1896. Bd. XIV. No. 1. — Wiener medic. Presse 1896. No. 22.)

In der Litteratur sind nur 2 Fälle dieser Affection bekannt, von Ollivier und Manouvrier, zu denen sich jetzt die beiden von obigen Autoren beobachteten hinzugesellen, von denen der eine durch Tracheotomie gerettet wurde, während der andere trotz dieses Eingriffes letal endete. Die Erscheinungen von Varicellen im Larynx äussern sich sehr frühzeitig, entweder gleich zu Beginn der Eruption oder kurz darnach. Anatomisch handelt es sich um spärliche, kleine, circuläre Ulcerationen, die hauptsächlich an den Stimmbändern ihren Sitz haben, und von einer hyperämischen Zone umgeben sind. Klinisch charakterisiert sich das Leiden entweder durch Laryngitis mit permanenter Atemnot, wie es bei den Fällen der Verfasser der Fall war, oder durch Anfälle von Laryngospasmus, wie sie bei den beiden anderen Fällen vorlagen. Man muss aber nicht jede Laryngitis bei Varicellen als specifische Erkrankung ansehen, da auch Diphtherie sich häufig mit Varicellen combiniert; die bacteriologische Untersuchung ist massgebend, die bei den Fällen der Verfasser das Nichtvorhandensein von Diphtherie ergab. Varicellen des Larynx bieten eine triste Prognose; von den 4 Fällen wurde nur der eine gerettet, während in den übrigen der Tod entweder in einem Anfall von Laryngospasmus erfolgte oder durch secundäre Bronchopneumonie. Als Therapie kann nur die Tracheotomie resp. Tubage gelten, die indiciert sind, wenn die Atemnot intensiv und permanent wird, oder wenn sich Erstickungsanfälle einstellen, die das Leben bedrohen.

---

138) **H. Reineboth.** Charakteristische Sugillationen an den Oberschenkeln eines gemissbrauchten Kindes als Folgen einer Züchtigung.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin und öffentl. Sanitätswesen 1896. Heft 1.)

Der von R. beobachtete Fall lehrt, wie vorsichtig man in der diagnostischen Beurteilung gewisser „charakteristischer“ Zeichen sein muss.

Ein 13jähriges Mädchen, mit frischer Gonorrhoë behaftet,

zeigte keinerlei Einrisse an den Genitalien, doch war die Hymenöffnung bequem für einen Mittelfinger passierbar. Auffallend war der Befund an den Oberschenkeln: an der Innenfläche des rechten Oberschenkels präsentierte sich eine halbkreisförmige, blaurote Sugillation, in die ein Männerdaumen bequem hineinpasste, am linken Oberschenkel, an dessen Innenfläche eine ähnliche Sugillation, gewissermassen ein Abklatsch von 3 Fingerkuppen; die Lage und die Gestalt der Sugillationen machten ganz den Eindruck, als rührten sie von einer männlichen Hand her. Kein Wunder, dass der Gedanke an einen mit brutaler Gewalt vollzogenen Notzuchtsversuch auftauchte. Es lag aber der Fall, wie genauere Erkundigungen zeigten, so, dass das Kind sich aus Gelderwerb freiwillig dem Coitus hingegeben hatte und die Sugillationen durch den Vater der Pat. verursacht worden waren, der das im Bette liegende Kind in der Weise gezüchtigt, dass er es mit einer Waschleine schlug.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

24) **Die Nährpräparate von Gebr. Weibezahn** in Fischbeck (Weser), Hafermehl, Hafergrütze, Hafercacao und Hafercakes, habe ich in letzter Zeit vielfach in der Kinderpraxis mit gutem Erfolg angewandt, weshalb ich hiermit die Aufmerksamkeit auf dieselben lenken möchte. Die Präparate haben sich mir als recht haltbar, leicht verdaulich und schmackhaft erwiesen, sodass sie von gesunden und kranken Kindern gern genommen, gut vertragen und in erfreulicher Weise assimiliert wurden. Speziell die Cakes sind bei den Kindern sehr beliebt.

Dr. E. Graetzer.

25) **Ein Pflegehaus für reconvalescente Kinder** ist von Herrn Richard Donner in Altona errichtet worden. Die Anstalt nimmt Pfleglinge im Alter von 6—14 Jahren, jedoch nur auf Empfehlung des behandelnden Arztes, auf. In Betracht kommen solche Knaben und Mädchen, die nach überstandener schwerer Krankheit sehr geschwächt sind und kräftiger Nahrung bedürfen, diese aber im Elternhause nicht erhalten können. Begonnen wird mit einer Anzahl von Kindern der Cuxhavener Ferienkolonie — gleichfalls eine Schöpfung des Genannten —, welche der Nachpflege bedürfen. (Zeitschrift für Krankenpflege, Mai 1896.)

26) **Ein $^3/_4$ Jahr altes Kind mit Nigrities** demonstriert v. Genser in der Wiener dermatolog. Gesellschaft (9. April 1896). Die Haut des Pat. erscheint abnorm dunkel pigmentiert, besonders am Knie, Ellbogen und Lumbalgegend, die fast schwarz verfärbt sind; dazwischen finden sich hin und wieder lichtere Complexe, so am Rücken 2 thalergrosse hellweisse Flecke. Die Haut ist vollkommen glatt, die Schleimhäute zeigen normale Beschaffenheit. Das Kind soll schon bei der Geburt wie jetzt gefärbt gewesen sein, die Eltern sind aber von normaler Hautfarbe. — v. Hebra hält den Fall für eine ausnahmsweise sehr frühzeitig und beträchtlich entwickelte Vitiligo. Es ist ja bekannt, dass bei Vitiligo die Haut immer erst dunkel ist und die lichten Stellen später auftreten. Kürzlich sah er einen 15jährigen Knaben mit sehr dunklem Hautcolorit, bei welchem als erste helle Stellen 3 weisse Haarbüschel am Kopfe auftreten. — Hock meint, es wären, wenn es sich um Vitiligo handelte, die weissen Flecke mit Rücksicht auf das ziemlich lange Bestehen derselben bereits grösser geworden, es sei denn, dass man auch eine stationär bleibende Vitiligo annähme. — Kaposi hält den Zustand für angeborene Melanose im Sinne eines Naevus pigmentosus. Vitiligo tritt bei dunkler Pigmentation, insbesondere bei allen dunklen Rassen häufig auf, und dürften die weissen Flecke auch in diesem Falle mit der Zeit grösser werden.

(Wiener medic. Presse 1896, No. 22.)

27) **Die Bandwurmkur bei Kindern** gestaltet sich nach Kraus zweckmäfsig in folgender Weise. Die Pat. nehmen einen Tag nur flüssige Kost zu sich und erhalten am Abend dieses Tages eine ausgiebige Darmirrigation. Am Morgen darauf trinken sie dann eine Tasse russischen Thees und verzehren dann von

dem folgenden Electuarium bissenweise in $^1/_4$stündlichen Intervallen, sodass die ganze Masse in 2—$2^1/_2$ Stunden verbraucht ist.

Rp. Extract-filic. mar.-aeth. virid. 1,5—3,0.
Extract-pun. gran.
Elect. lenitiv. āā 30,0—50,0.

Dabei müssen die Kinder ruhig im Bett liegen. Stellt sich Brechreiz ein, so gebe man Pfeffermünzplätzchen oder gezuckerten Citronensaft. Kraus hat 4 Kindern im Alter von 2—5 Jahren auf diese Weise den Bandwurm mit Kopf abgetrieben. (Wiener ärztl. Central-Anz. 1896. No. 5.)

28) **Ein neues Intubationsinstrument,** angegeben von Dr. Egidi (Rom) und angefertigt von Invernizzi daselbst, demonstrierte im Wiener med. Club (20. Mai 1896) Dr. Schütz. Bei dem Instrument, das überdies billiger ist, als alle ähnlichen und so einfache Construction hat, dass es leicht sterilisiert werden kann, dient der Intubator gleichzeitig als Extubator bei sehr leichter Handhabung des Mechanismus. (Wiener klin. Rundschau 18 96. No. 23.)

29) **Einen $2^1/_2$jährigen Knaben mit multiplem Keloid an den Fingern** zeigte Cordua im Aerztl. Verein in Hamburg (2. Juni 1896). Ist das spontane Keloid an und für sich schon selten, so ist diese Affection an den Fingern bisher nur 3mal beobachtet worden. Am 1. Tage nach der Geburt bemerkte die Mutter des Kindes einen erbsengrossen Tumor am Endglied des 3. Fingers, 10 Monate später am Zeigefinger eine ähnliche Neubildung. Die Geschwülste wuchsen und haben das Endglied des 3. Fingers in toto in eine unförmige, höckrige, harte Masse verwandelt, das rechtwinklig zum Mittelgliede fixiert ist. Am 2. Finger befindet sich eine erbsengrosse, erhabene Geschwulst; beide Finger sind diffus verdickt. Bei der grossen Neigung zu Recidiven besteht die Therapie in Amputation.
(Münchener med Wochenschrift 1896. No. 23.)

30) **Von Geburt aus taubstumm** sollte nach Angabe der Angehörigen ein 6jähriger Knabe sein, der von diesen im Januar 1895 in die Klinik Gruber gebracht wurde, wie Dr. Alt in der Oesterr. otolog Gesellschaft (28. April 1896) mitteilte. Anamnestisch wurde erhoben, dass Vater und Mutter des Knaben taubstumm wären und beide in einer Taubstummenschule Unterricht genossen hatten, sowie dass eine jüngere Schwester des Pat. schlecht höre. Der Trommelfellbefund beim Kind war normal, Pat. reagierte nicht auf Zuruf, Pfeife und Trompete und gab kein Zeichen des Verständnisses, als ihm die schwingende Stimmgabel auf den Kopf aufgestellt wurde. Es wurden auf der Klinik Hörübungen ausgeführt, die dann den Angehörigen überlassen wurden. Als der Knabe nach 2 Monaten auf die Klinik gebracht wurde, hörte er jedes zu ihm gesprochene Wort und war imstande, es nachzusprechen. Bevor das Kind auf der Klinik erschien, hatten es die Angehörigen für taubstumm gehalten und sich keinerlei Mühe gegeben, es sprechen zu lehren. Der Knabe befand sich in einem Zustand, wie ein Kind, das noch nicht gewohnt ist, auf Sprache und Höreindrücke überhaupt zu reagieren. Anlässlich der Hörübungen hielt er sich viel bei Angehörigen auf, die mit ihm im Gegensatze zu den taubstummen Eltern viel sprachen; er gewann acustische Eindrücke und lernte sprechen. Derartige Kinder dürften nie Taubstummenanstalten überwiesen werden, es ist vielmehr sehr leicht möglich, sie zum Hören und Sprechen zu bringen, wenn man sie den taubstummen Eltern entzieht. — Politzer hält den Fall für psychische Taubheit. — Gruber und Urbantschitsch schliessen sich dieser Ansicht an, letzterer warnt vor Unterbringung derartiger Kinder in Taubstummenanstalten, weil dort die Wiedererlangung des Hörvermögens ganz ausgeschlossen bleibt.
(Wiener klin Wochenschrift 1896. No. 24.)

31) **Zum Fall Langerhans** schreibt Medicinalrat Dr. Pürkhauer (Bayreuth): „Noch immer harrt der „Fall Langerhans" der Aufklärung. Auf der einen Seite genügt der Hinweis auf einen Skok dem Bedürfnis, den plötzlichen Tod eines vollkommen gesunden Kindes unmittelbar nach der Einspritzung zu erklären, keineswegs, und ich glaube auch nicht, dass derselbe geeignet ist, den schwergebeugten Vater seines im ersten Moment ausgesprochenen Verdachts gänzlich zu entledigen, andererseits erscheint der letztere in Anbetracht, dass eine Verunreinigung des in Anwendung gebrachten Heilserums nicht nachgewiesen wurde, dasselbe bei anderen Kindern ohne Nachteil injiciert worden war, die



Section des Kindes die Verletzung einer Vene durch die Spritze nicht nachgewiesen hatte und ein Gift nicht bekannt ist, das den ohne alle Nebenerscheinungen plötzlich nach der Einspritzung des Serums eingetretenen Tod des Kindes hätte herbeiführen können, völlig unbegründet.

So viel Möglichkeiten auch von der oder jener Seite zur Aufklärung des rätselhaften Vorkommnisses in Betracht gezogen worden sind, so ist doch von keiner auf die Möglichkeit hingewiesen worden, dass das Kind vielleicht einige Zeit vor seinem Tode an einer leichten Diphtheritis erkrankt war, welche bei nicht oder wenig gestörtem Allgemeinbefinden und weil das erst $1^1/_2$ Jahre alte Kind noch nicht in der Lage war, auf etwa bestehende Halsbeschwerden aufmerksam zu machen, von seiner Umgebung leicht übersehen worden sein konnte, und der Tod infolge einer postdiphtheritischen Herzlähmung erfolgt ist. Die Erinnerung an einige von mir beobachtete ähnliche Fälle hat mich auf diesen Gedanken gebracht.

Im Jahre 1890 bin ich zu einem $1^1/_2$jährigen Knaben mit so exquisiter Schlundlähmung gerufen worden, dass es notwendig war, um ihn vor einer Schluckpneumonie, dem Tode durch Erstickung oder Verhungern zu retten, ihn nun mittelst eines Schlundrohres, das ich durch die Nase einführte, zu ernähren. Diese Behandlung musste 3 Wochen fortgesetzt werden, bis die Lähmung zurückging und das Kind infolgedessen wieder Getränke und Speisen selbst zu sich nehmen konnte. Belege im Halse etc. waren niemals wahrnehmbar. Es war kein Zweifel, dass die Lähmung postdiphtheritischer Natur war, dass das Kind also vor dem Beginn der Behandlung Diphtherie gehabt haben musste, obgleich seine Eltern versicherten, von einer Erkrankung desselben nichts wahrgenommen zu haben.

Im Jahre 1868, zur Zeit einer schweren Diphtheritisepidemie, die in der Gegend, in der ich damals praktizierte, geherrscht hatte, wurde ich in ein Haus gerufen, in welchem 2 Kinder krank darniederlagen, das eine an einer septischen Form, der es bald erlag, das andere an Diphtheritis des Rachens und des Larynx, ebenfalls schwer krank. Ein 3. Kind von ca. 2 Jahren war und blieb munter, lief umher, spielte; die Eltern hielten es für gesund, ich fand aber auch bei ihm kleine Belege an den Mandeln, die nach etwa 8 Tagen verschwanden. Es blieb auch noch weitere 14 Tage munter, hatte guten Appetit und Schlaf, wurde überhaupt als vollkommen genesen betrachtet. Plötzlich fiel es, während es mitten im Spielen war, tot um. Ich bin überzeugt, dass, wenn ich nicht aus Anlass der schweren Erkrankung der beiden Geschwister das Kind untersucht hätte, die Eltern die Krankheit desselben vollständig übersehen haben würden, sein plötzlicher Tod ihnen ein Rätsel geblieben wäre.

Es wäre demnach denkbar, dass das Langerhans'sche Kind an einer ähnlichen leichten Form der Halsdiphtheritis erkrankt war, wie die beiden obengenannten Kinder, das Dienstmädchen, welches später wegen Erkrankung an Diphtheritis in das Krankenhaus geschafft worden ist, angesteckt hat, und, wie es eben der Zufall wollte, zu der Zeit, in welcher es die Einspritzung erhielt, in Folge der postdiphtheritischen Herzlähmung eines plötzlichen Todes verstarb. Zu einem geringen Teil mag ja denn die mit der Einspritzung verbundene Irritation des Herzens zu einer Lähmung beigetragen haben, dieselbe würde aber höchst wahrscheinlich ohnedies über kurz oder lang eingetreten sein.

Wenn diese Annahme auch gerade keine grosse Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen kann, da der Vater des Kindes selbst Arzt ist und selbst ein leichtes Unwohlsein desselben kaum übersehen haben wird, so schliesst meiner Meinung und Erfahrung nach die Unwahrscheinlichkeit doch die Möglichkeit nicht aus." (Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 19.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

12) **A. Baginsky.** Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

Berlin 1896, Friedrich Wreden. (Preis: Mk. 19,20.)

Das Lehrbuch Baginsky's, das soeben in 5. Auflage erschienen ist, bedarf wohl keiner weiteren Empfehlung mehr; es ist nicht nur bei den deutschen



Aerzten genügend bekannt und geschätzt, sondern, nachdem es fast in alle Kultursprachen übertragen worden ist, auch bei den Kollegen des Auslandes. Nur jüngere Kollegen, die noch nicht mit der fachmännischen Litteratur vertraut sind, seien auf das wertvolle Werk aufmerksam gemacht, das den neuesten Stand der pädiatrischen Wissenschaft repräsentiert, und, aus einer überaus reichen praktischen Erfahrung hervorgegangen, für die praktische Thätigkeit die erspriesslichsten Dienste leistet. Der Verfasser hält sich in seinen therapeutischen Massnahmen, auf deren klare Schilderung besonders Gewicht gelegt ist, fern von der in letzter Zeit modern gewordenen Polypragmasie, die, wie der Autor mit Recht betont, am wenigsten am Bette des kranken Kindes angebracht ist. Dass der Verfasser ein unbedingter Anhänger der Diphtherieheilserumtherapie ist, dürfte bekannt sein; auch in diesem Werke sucht er dieser Ansicht Geltung zu verschaffen.

13) **J. Lange u. M. Brückner.** Grundriss der Krankheiten des Kindesalters.

Leipzig, 1896, C. G. Naumann. ((Preis Mk. 4, geb. Mk. 5.)

Wem nur daran liegt, ein kurzes Nachschlagebuch und Repetitorium der Kinderheilkunde zur Verfügung zu haben, dem kann das vorliegende Werkchen empfohlen werden, in dem auf 530 Seiten kleinen Formats das ganze Gebiet abgehandelt wird. Das Buch gehört zu der seit einiger Zeit im Naumann'schen Verlage erscheinenden „Medicin. Bibliothek", die den dankenswerten Zweck erfüllen soll, dem Prakt. alle Gebiete der Medicin in kurzen Umrissen vorzuführen. Dieses Prinzip wird auch hier durchaus gewahrt, doch ohne dass das Werk zu einem blossen schablonenmässigen Compilatorium grösserer Lehrbücher herabsinkt; die Verfasser schöpfen vielmehr aus eigenen Erfahrungen und vertreten diejenigen Anschauungen, die sie in mehrjähriger klinischer und poliklin. Thätigkeit bei Heubner und Soltmann gewonnen haben. Dass seltener Vorkommendes nur ganz kurz, häufiger in der Praxis Verwertbares dagegen genau geschildert wird, entspricht durchaus den prakt. Zwecken, die das Buch verfolgt. Am Schluss wird eine ganze Reihe Receptformeln angegeben, was gewiss ebenfalls dankbar acceptiert werden wird. Und so wird das kleine, handliche Werkchen gewiss einen weiten Leserkreis finden.

14) **L. Fürst.** Die Pathologie der Schutzpocken-Impfung.

Berlin 1896, Oscar Coblentz. (Preis: Mk. 2,25.)

Trotzdem die segensreiche Vaccination bereits Millionen von Menschen das Leben gerettet hat, wird sie immer noch, selbst von Aerzten, angefochten und eifrigst befehdet. Die Gegner der Impfung führen immer und immer wieder als Waffen Fälle ins Feld, wo die Vaccination Schaden angerichtet und Krankheiten hervorgerufen hat. Ein Teil dieser Angaben erweist sich freilich bei näherer Prüfung als kolossale Uebertreibung, ein Teil aber steht zweifellos fest. Diese Schädigungen sind aber meist nicht der Vaccination als solcher in die Schuhe zu schieben, sondern Fehlern, die dabei gemacht worden sind. Es ist ein wirkliches Verdienst Fürst's, der selbst über eine reiche Erfahrung in diesem Gebiete verfügt, diese Fälle gesammelt und systematisch geordnet zu haben. Der Autor kritisiert in interessanter und anregender Weise alle diese Vorgänge und giebt zugleich Mittel und Wege an, welche den Arzt in den Stand setzen, diese Complikationen zu vermeiden. Er machte sich dadurch um die Sache selbst sehr verdient und wird gewiss den Gegnern der Vaccination manchen Mann entziehen.

Errata.

In der ersten Hälfte des Steinhardt'schen Originalartikels (Heft 4) haben sich 2 sinnentstellende Druckfehler eingeschlichen: S. 113 Zeilen 9 von oben soll es statt ›Erkundigung‹ heissen ›Ergründung‹, und S. 114 Zeile 15 von oben statt ›$^1/_2$‹ die Zahl ‹$1^1/_2$‹ gesetzt werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Ramm & Seemann in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. 1. September 1896. No. 6.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten.

7) Zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge.

Von

Dr. med. **Heinrich Dellevie,**

prakt. Arzt in Hamburg.

Unter den praktischen Aerzten dürfte kaum ein Einziger sich befinden, der nicht im Laufe der Jahre die mehr oder minder grossen Schwierigkeiten und üblen Folgen kennen gelernt hätte, welche mit der künstlichen Ernährung der Säuglinge verknüpft sind.

Zahllose, von Berufenen und Unberufenen angepriesene Ersatz-

mittel der Muttermilch haben, gleichviel ob sie auf ihren Wert geprüft waren oder nicht, unter Aerzten und Laien Anhänger gefunden und sind, ohne dass man sich über ihre Leistungsfähigkeit ernste Rechenschaft gab, nicht gerade zum Segen der betreffenden Kinder in die Praxis eingeführt worden.

Thatsache ist, dass die Sterblichkeitsziffer bei Kindern bis zum zweiten Lebensjahre stets auf gleicher Höhe sich gehalten hat; aber es würde ein Fehlschluss sein, wenn man hieraus folgern wollte, dass die Wissenschaft in Bezug auf die Ernährung der Säuglinge bisher keine Fortschritte gemacht habe.

Nach meinen Erfahrungen möchte ich behaupten, dass die Frage einer rationellen Säuglings-Ernährung längst gelöst ist, was ich in Nachfolgendem klar zu legen hoffe.

Wenn ich zunächst die Gesichtspunkte kurz recapitulieren darf, welche bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge in Betracht kommen, so ist es in erster Reihe unerlässlich, dass die Nahrung alles das in genügender Menge enthalte, was zum Wachsthum des kindlichen Körpers erforderlich ist, dass ihm also eine der Muttermilch möglichst ähnliche Nahrung gereicht werde, in welcher die Nährstoffe in demselben Verhältnisse und in ebenso leicht verdaulicher Form enthalten sind, wie in der Muttermilch selbst.

Die Nahrung darf demgemäss nur eine flüssige sein, nur aus Eiweiss, Fett, Zucker, Salzen und Wasser bestehen und darf vor allem kein ungelöstes Stärkemehl enthalten, weil dieses vom kindlichen Magen bekanntlich nicht verdaut wird, sondern fast regelmässig zu ernsten und tötlichen Erkrankungen Anlass giebt.

Die an Stelle der Muttermilch am meisten zur Anwendung kommende Kuhmilch entspricht obigen Bedingungen nur unvollkommen, weil der Käsestoff der Kuhmilch im Magen des Kindes zu grösseren Coagulis gerinnt und daselbst als unnützer, zu Verdauungs-Störungen führender Ballast verweilt. Auch die Verdünnung der Kuhmilch mit Wasser oder mit stärkemehlhaltigen Schleim-Abkochungen ist nicht im Stande, jenen Uebelstand zu beseitigen. Bei der Verdünnung mit Wasser, welches an sich wenig Nährwert hat, wird nämlich der Käsestoff der Kuhmilch immer noch in weit grösseren und unverdaulicheren Massen ausgeschieden, als in der Muttermilch; und die Beimischung von Schleim-Abkochungen ist wieder durch das in denselben enthaltene Stärkemehl nachteilig, da letzteres vollständig unverdaut im Magen und Darm sich aufhält, in Säure sich umwandelt, welche die Schleimhäute reizt, Entzündungen derselben verursacht und so in praxi wesentlich dafür verantwortlich gemacht werden muss, dass wie statistisch nachgewiesen ist, die Hälfte aller Kinder vor Ablauf des zweiten Lebensjahres zu Grunde gehen.

Und dennoch sind stärkemehlhaltige Beimischungen zur Kuhmilch für das künstlich zu ernährende Kind von unschätzbarem Werte, aber nur solche bei denen das Stärkemehl schon vor Einführung in den Magen in eine vollkommen lösliche und daher leicht verdauliche Form gebracht worden ist.

Unter dem zahlreichen, zum Ersatze der Muttermilch empfohlenen Nährmitteln ist „Mellin's Nahrung“ das einzige, welches obiger

wichtigen Anforderung entspricht, ein Präparat, welches in England und in den aussereuropäischen Ländern bereits seit vielen Jahren in hohem Ansehen steht und dessen segensreiche Wirkung nun endlich auch bei uns immer mehr Anerkennung zu finden berufen ist.

„Mellin's Nahrung“ ist eine Errungenschaft vieljähriger, zielbewusster Forschung. Als Chemiker von Fach war Mellin zu der Erwägung gelangt, dass es möglich sein müsse, denjenigen Teil des Verdauungs-Prozesses, welchen beim Erwachsenen die Fermente des Speichels, insbesondere des Mundspeichels, zu bewältigen haben, zu dessen Erledigung der Organismus des Säuglings aber, in Ermangelung des Speichelferments, nicht befähigt ist, in der Säuglings-Nahrung auf künstlichem Wege sich vollziehen zu lassen. Indem zur Lösung dieser Aufgabe die diastatische Wirkung des Malzes herangezogen wurde, musste es gelingen, das sonst für den Säuglings-Magen absolut unverdauliche Stärkemehl in solcher Form darzubieten, dass es ohne weiteres absorbiert und assimiliert werden konnte.

In „Mellin's Nahrung“ besitzen wir also dasjenige Mittel, welches, die physiologischen Verhältnisse aufs strengste berücksichtigend, der Leistungsfähigkeit des kindlichen Organismus sorgfältig angepasst ist und diesem nicht die für ihn unlösbare Aufgabe zumutet: Stärkemehl zu verdauen, sondern die so wichtigen Kohlehydrate schon in der löslichen Form von Dextrin und Maltose enthält und daher in Verbindung mit Kuhmilch in chemischer und physiologischer Beziehung der Muttermilch völlig gleich gestellt werden kann und vom kindlichen Magen jederzeit leicht verdaut wird.

Und gerade hiervon, von der leichten Verdaulichkeit der Nahrung, hängt doch einzig und allein das Gedeihen des Kindes ab. In der Leichtverdaulichkeit seiner Bestandteile aber und der dadurch bewirkten Aufbesserung der Blutmasse und beständigen Zunahme des Körpergewichts liegt der Hauptwert von „Mellin's Nahrung“, liegt zugleich auch das Geheimnis, dass dieselbe, wenn durch vorherige unzweckmässige Ernährung bereits Magen- und Darmkrankheiten verursacht worden sind, sehr oft im Stande ist, diese Krankheiten zu beseitigen und den gesunkenen Ernährungs-Zustand schnell wieder zu heben.

Von besonderem Werte ist ferner, dass mit „Mellin's Nahrung“ dem kindlichen Organismus auch die für die Knochenbildung so wichtigen Nährsalze in erforderlicher Menge zugeführt und dadurch die mit Recht gefürchteten Krankheiten: Rhachitis, Skrofulose etc. verhütet werden. —

Die günstigen Erfahrungen, die ich mit „Mellin's Nahrung“ gemacht habe, verdanke ich dem glücklichen Zufall, dass ein mir nahestehender Kaufmann, welcher die Firma G. Mellin in London hier vertritt, mein Interesse für das Mittel wach gerufen hat. Schon der erste Versuch, den ich auf seinen Wunsch — und zwar bei einem scheinbar verlorenen Kinde — unternommen habe, war so überraschend günstig ausgefallen, dass ich es geradezu für meine Pflicht halten musste, mich über den Wert des Mittels durch fortgesetzte Anwendung desselben noch weiter zu belehren.

In den sodann von mir beobachteten ferneren sechs Fällen sind

die Resultate überall gleich günstige gewesen, worüber im einzelnen später zu berichten, ich mir vorbehalte. Einstweilen bezwecke ich nur, den Herren Collegen „Mellin's Nahrung“ zu eingehender Prüfung in der Praxis aus voller Ueberzeugung aufs wärmste zu empfehlen. Ich bin sicher, dass solche Prüfung allen die gleiche Befriedigung gewähren wird, wie ich solche aus meinen Beobachtungen geschöpft und überdies noch von einer, vor kurzem unternommenen Besichtigung der grossartigen Mellin'schen Fabrik-Anlagen in London nach Hause gebracht habe.

---

8) Zur Behandlung des Ekzems im Kindesalter.

Von

Dr. Dünges,

Neuwied.

Zu den Ekzemformen, welche auf das Allgemeinbefinden einen schädlichen Einfluss ausüben können, gehört der besonders bei Säuglingen häufig auftretende Ausschlag an Hinterbacken und Rückseite der Oberschenkel, dessen Entstehung in der Regel auf die Berührung der Haut mit Urin und Faeces zurückgeführt werden muss. Die mit einem solchen Ekzem behafteten kleinen Patienten schreien viel, schlafen verhältnismässig wenig und sind zudem der Gefahr ausgesetzt, dass sich an der erkrankten Stelle Geschwüre und Abscesse bilden mit ihren schlimmen Begleiterscheinungen und etwaigen noch schlimmeren Folgen. Nicht immer scheint die seither übliche Ekzembehandlung dieser Form gegenüber sich als ausreichend zu erweisen. Mehrfach bekam ich Fälle in Behandlung, welche schon vorher mit Puder und Salben, selbst mit Bädern und sorgfältigster Reinhaltung bedacht waren, ohne dass der Ausschlag schwinden wollte. Mir hat nun bisher in solchen und anderen Fällen eine recht einfache Therapie stets so schnell und sicher die Heilung herbeigeführt, dass ich dieselbe einem weiteren Kreise empfehlen möchte.

Das erste, was ich einem solchen Kinde verordne, ist ein Bad von 27—28° R., gemäss der von Lesser so eifrig befürworteten Bäderbehandlung jeglicher Dermatitisformen. Wichtig ist die Art des Abtroknens nach dem Bade. Man vollziehe dasselbe an den erkrankten Stellen ohne Reiben durch sanftes Aufdrücken eines weichen Tuches oder Wattebausches. Darnach wird ein indifferentes Streupulver aufgepudert und als wichtigster Teil der Prozedur die ganze ekzematöse Fläche mit Guttaperchapapier bedeckt, welches durch eine Windel oder, was nur in seltenen Fällen nötig sein dürfte, durch besondere Binden in seiner Lage erhalten wird. So ist auf die einfachste Weise die schädliche Einwirkung des Urins verhindert, die Möglichkeit der Heilung angebahnt. Gewöhnlich fand ich schon am nächsten Tage das nässende Ekzem in ein trocknes schuppendes umgewandelt. Von einem besonders einleuchtenden Falle folge hier die Krankengeschichte:

Ein 13 Monate altes Mädchen, von schlechtem Ernährungszustande, in der Entwickelung zurückgebliebenem Körperbau, das bis dahin weder zum

Sprechen noch zum Gehen einen Versuch gemacht, ist an den Nates, einem Teile des Rückens und der Oberschenkel mit einem teils papulösen, teils nässenden und schuppenden Ekzem behaftet. Auf correspondierenden Stellen der Hinterbacken befindet sich beiderseits je ein ins Corium reichender grösserer Substanzverlust, rechts mark-, links thalerstückgross. Das Leiden hatte schon sieben Monate bestanden und war vergebens mit einer ärztlich verordneten Salbe behandelt. Vorübergehende Besserung hatte sich nur gezeigt, als die Mutter sich entschloss, dass Kind regelmässig zu baden, um nach Aussetzen der Bäder einer Wiederverschlimmerung Platz zu machen. Ich werde zu dem Kinde gerufen, weil es an Bronchitis erkrankt war, das Ekzem zeigte mir die Mutter so neenbei. Während sich nun ersteres Leiden unter feuchtwarmen Einpackungen des Brustkorbes und Dampfinhalationen rasch besserte, bot auch die Hauterkrankung, welche mit täglichen indifferenten Bädern, Einpuderung, Belegung der excoriierten Stellen mit Verbandwatte und der ganzen erkrankten Fläche mit Guttaperchapapier behandelt wurde, schnell ein günstigeres Aussehen dar. Schon am folgenden Tage waren die geschwürigen Stellen etwa auf ein Drittel ihres Umfanges verkleinert, die sonstigen nässenden Partien in trockne, abschilfernde verwandelt, die Hautröte in ihrer Intensität vermindert. Innerhalb einer Woche gelangte die Dermatitis soweit zur Heilung, das nur noch einige Papeln und gerötete Hautstellen übrig waren. In der Zwischenzeit hatte sich eine vorübergehende Verschlimmerung wieder eingestellt, als die Mutter es einmal vernachlässigt hatte, das Guttaperchapapier aufzulegen.

In den anderen, von mir so behandelten Fällen, erfolgte die Heilung noch rascher, weil die Erkrankungsform eine leichtere war. Ist die Zahl dieser Fälle auch nur eine kleine (im ganzen waren es ihrer fünf), so dürfte dieselbe in sofern als ausreichend gelten, als sie im stande ist, für eine theoretisch richtige Vorraussetzung den experimentellen Beweis zu liefern. Dass Salben bei solchen Ekzemen wenig helfen, liegt wohl daran, dass dieselben bei Bewegungen des Kindes von ihrem Platze weggescheuert werden, was infolge von Durchnässung mit Urin um so leichter geschieht. Die Guttapercha dagegen haftet sich in der Wärme noch fester an die Haut an und bildet so den wirksamsten schützenden Ueberzug.

II. Referate.

139) **Caspari.** Zur Genese der hereditären Syphilis.

(Archiv für Dermatologie u. Syph. Bd. 24. Heft 1. 1896.)

4 Fälle von Infection der Mutter intra graviditatem. 3mal erwies sich die Placenta als undurchgängiges Filter, das syphilitische Gift ging nicht auf das Kind über, im 4 Fall zeigte das Kind die Zeichen hereditärer Lues. Es geht daraus hervor, dass die Placenta meist undurchgängig für das syphilitische Gift ist, aber nicht immer.

Von ebenso grossem praktischen Interesse ist die Frage, ob ein von einer in der Schwangerschaft inficierten Mutter gesund geborenes Kind, wie es nach dem Profeta'schen Gesetze für alle gesund gebliebene Kinder syphilitischer Eltern gilt, auch refractär gegen syphilitisches Gift ist, sodass es ungefährdet von der kranken Mutter gestillt, geküsst u. s. w. werden kann. Das ist nun allerdings ebenfalls meist der Fall, doch kommen nach den Erfahrungen zahlreicher Autoren

Ausnahmen vor; endlich ist die Dauer dieses ererbten Schutzes eine ganz unbestimmte. Demnach ist es nicht statthaft, zum Zwecke des Experimentes etwa solche Kinder mit syphilitischem Eiter zu impfen, auch sollte man reiflich überlegen, ehe man ein solches Kind von einer syphilitischen Mutter nähren lässt.

---

140) **M. Cohn.** Zur Lehre von den septico-pyämischen Nabelinfectionen der Neugeborenen und ihrer Prophylaxe.

(Aus der Poliklinik für Kinderkrankheiten des Privat-Doz. Dr. H. Neumann in Berlin.)

(Therap. Monatshefte 1896, Nr. 3/4.)

Anlass zu seinen Auseinandersetzungen gaben dem Autor 2 eigene Beobachtungen: die erste betrifft ein Kind, bei dem sich am 11. Lebenstage, während der Nabel noch eitert, eine schwere Phlegmone des linken Vorderarmes und der linken Hand entwickelt, die erst nach mehrfachen Incisionen allmählich abheilt. Inzwischen entleert sich immer von Zeit zu Zeit aus dem Nabel, ohne dass derselbe oder seine Umgebung irgendwelche merkliche Entzündungserscheinungen darbietet, etwas eitriges Secret, und zwar, was charakteristisch zu sein scheint, besonders dann, wenn das Kind viel schreit. In der 7. Lebenswoche bricht sich endlich, nachdem das Kind eine ganze Nacht hindurch anhaltend geschrieen, der offenbar in der Tiefe befindliche Eiter nach aussen hin Bahn; jetzt erst zeigt sich eine Rötung und starke Hervortreibung des Nabels samt seiner Umgebung; auf Druck entleert sich Eiter; die Sondierung weist seine Herkunft aus einem unterhalb der Bauchdecken nach aufwärts zu verfolgenden Gange nach. Nunmehr ist die Absonderung nur noch eine geringfügige und ist nach 14 Tagen dauernd versiegt. Dass es sich hier nicht um einen der verschiedenen oberflächlichen entzündlichen Processe, die am Nabel der Neugeborenen vorkommen, gehandelt hat, sondern um eine Eiterung in der Umgebung resp. im Inneren der Nabelvene, das kann bei der Betrachtung des gesamten Verlaufes des Falles einem Zweifel wohl nicht unterliegen. Dafür spricht die 7 Wochen andauernde Secretion aus dem Nabel bei völligem Mangel äusserlich sichtbarer Veränderungen, dafür spricht der plötzliche, über Nacht entstehende Eiterdurchbruch; dafür spricht vor allem das Ergebnis der Sondierung, die einen 4 cm langen Eitergang in der Richtung der Vena umbelicalis aufdeckt, und nicht zuletzt spricht dafür das Auftreten der unbedingt als metastatisch anzusprechenden schweren Phlegmone. Wissen wir doch, dass ausgedehnte Zellgewebseiterungen zu den häufigsten Vorkommnissen im Verlaufe von eitrigen Entzündungen der Nabelgefässe gehören. Um so bemerkenswerter erscheint andererseits der Ausgang in Genesung, trotzdem dass es bereits zur Allgemeininfection des Organismus gekommen ist. Sonst gilt die Prognose der Phlebitis umbelicalis als fast absolut infaust; und der zweite Fall verlief in der That tötlich. Hier tritt am Ende der 2. Lebenswoche, nachdem die Wundheilung des Nabels völlig abgeschlossen ist, bei anscheinender Gesund-

heit plötzlich ein Erysipel auf, das am linken Fuss beginnt und während der nächsten Tage successive fast über den ganzen Körper fortwandert, an seiner Ausgangsstelle eine Vereiterung des Zellgewebes, am Scrotum einen geschwürigen Zerfall der Haut zurücklassend. Am Ende der 3. Lebenswoche stellt sich eine foudroyante eitrige Peritonitis ein, die innerhalb kaum 36 Stunden tötlich endet. Die Section deckt als das Primäre der ganzen Erkrankung eine eitrige Phlebitis umbelicalis auf, die sich der Diagnose intra vitam um so mehr entziehen musste, da die Nabelwunde selbst vollkommen vernarbt war.

Die Beobachtung dieser 2 Fälle innerhalb eines kurzen Zeitraumes zeigt wieder, dass die vom Nabel ausgehenden septicopyämischen Allgemeinerkrankungen auch heut in der Aera der Anti- und Asepsis eine sehr beachtenswerte Rolle spielen, und legt die Frage uns dringend ans Herz: Wie schützen wir die Nabelwunde am sichersten vor Infection?

Zwei Hauptaufgaben werden uns hierbei gestellt: einmal Krankheitskeime jedweder Art von der Wunde fern zu halten, und zweitens, die Fäulnis des Nabelschnurrestes zu verhüten.

Der ersten Aufgabe werden wir gerecht, wenn wir bei allem, was die Wunde angeht, peinlichste Asepsis obwalten lassen. Auch die Hebeamme muss streng dazu angehalten werden, ihre Hände, das Nabelschnurbändchen u. s. w. absolut steril zu machen und ferner Zerrungen, die leicht durch Einrisse eine Infection befördern könnten, zu verhüten. Strengste Asepsis ist schon deshalb vonnöten, weil in der Nähe des Neugeborenen eine ständige Quelle der Wundinfection sich befindet: das Lochialsecret der Mutter, in dem auch bei gesunden Verhältnissen Streptokokken hausen. Antiseptica dagegen sollten nicht angewandt werden, da die Gefahr einer Resorption vorhanden ist, während der Nutzen wegen der nur oberflächlichen Wirkung ziemlich illusorisch ist.

Die Fäulnis des Nabelschnurrestes wird ferner hintangehalten dadurch, dass wir ihn erstens möglichst kurz machen; je kürzer er ist, um so geringer ist die Möglichkeit einer Fäulnis, um so geringer event. ihre Intensität. Man lasse am besten nur einen etwa 1 cm langen Stumpf zurück! Occlusivverbände würden recht zweckmässig sein, wenn man sie exakt anlegen könnte. Das ist aber ungemein schwer, und ist der absolute Luftabschluss nicht durchaus gewährleistet, dann wird der Verband sogar zu einer grossen Gefahr, da die mit der Luft hinzutretenden Fäulniskeime unter dem immerhin stark abschliessenden Verbande, der den Schnurrest recht feucht und warm hält, die günstigsten Bedingungen zur Ansiedelung finden. Man muss viel eher bestrebt sein, dem Nabelschnurstück seinen Wassergehalt zu entziehen, ihn zur Mumifikation zu bringen, durch die man den Eintritt von Fäulnis verhindern kann. Das beste Mittel dafür ist der ungehinderte Zutritt einer in mässiger Bewegung befindlichen Luft bei nicht zu niedriger Temperatur; d. h. der Nabelverband muss möglichst einfach gestaltet und die Bekleidung so eingerichtet werden, dass der Zutritt der Luft nicht gehemmt wird. Ob wir dabei das

Schnurstück nur in Mullläppchen einhüllen, oder ob wir noch einen Bausch Watte hinzufügen, bevor wir die Nabelbinde anbringen, ist ziemlich irrelevant, nur recht locker soll die Umwicklung sein, das feste Einwickeln und Einpacken des Neugeborenen muss vermieden, alle impermeablen Stoffe und das Wickelband bei seite gelassen werden. Natürlich ist das Kind möglichst oft trocken zu legen und event. die durchnässte Nabelbinde jedesmal durch eine trockene zu ersetzen; die kurz vorübergehende Durchfeuchtung ist bei sonst günstigen Austrocknungsbedingungen weniger nachteilig, als ein dichter Verschluss, der das Benetzen mit Urin zwar verhütet, die Fäulnis aber nur um so sicherer befördert. Das häufige Trockenlegen hat zudem auch noch den schätzenswerten Vorteil der erneuten Lüftung. Natürlich muss auch jede künstliche Zufuhr von Feuchtigkeit unterbleiben, wie es z. B. durch ein Oelläppchen geschieht. Auch Salben sind unzweckmässig, ebenso das Aufstreuen von Zucker, der stark hygroskopisch ist, sodass der Verband durch ihn stets feucht gehalten wird. Alaun und Tannin haben zwar austrocknende Wirkung, die sich aber nur auf den Amnionüberzug erstreckt, sodass das Innere des Schnurstückes unbeeinflusst bleibt. Auch Dermatol, Borsäure, Salicylsäure wirken nicht prophylaktisch, ebensowenig 20%ige Argent. nitric.-Lösung. Luftaustrocknung ist das beste Verfahren! C. ist auch dafür, dass das tägliche Baden fortgelassen wird, bis zum Abfall des Schnurrestes, event. sogar bis zur völligen Abheilung der Nabelwunde. Die jedesmalige Durchfeuchtung befördert die Fäulnis, ganz abgesehen davon, dass mit dem Badewasser der Wunde pathologische Keime leicht zugeführt werden können. Das erste Bad freilich werden wir als Reinigungsbad nicht gut missen können, obwohl es den Neugeborenen mit der Entfernung der Vernix caseosa einer, wie Liebreich uns gelehrt, vorzüglich wärmenden und schützenden Decke beraubt; zu erwägen wäre aber, ob nicht hier der Vorschlag Epstein's, dem Badewasser ein unschädliches Antisepticum, z. B. Kal. permang., hinzuzusetzen, beherzigt werden müsste, um die Keime, welche am Nabel bei Durchtritt durch die mütterliche Scheide haften geblieben sind, zu vernichten.

---

141) **G. Köster.** Ueber Aetiologie und Behandlung der Enuresis.

(Aus der Poliklinik für Nervenkranke in Halle.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896, No. 23.)

G. hat die bereits 1867 von Seeligmüller empfohlene elektrische Behandlung der Enuresis wieder aufgenommen und recht zufriedenstellende Resultate damit erzielt. Nachdem der Pat. uriniert und sich auf ein Sopha lang ausgestreckt hat, wird die Anode (+) des faradischen Stromes mit einem mittelgrossen, runden Stromgeber armiert und über der Schamfuge auf die Bauchhaut gesetzt, während die Leitungsschnur der Kathode (—) nicht armiert, sondern dessen Drahtende, gut mit 5%iger Carbollösung gereinigt, 1—1,5 cm weit in die Urethra eingeführt und so gehalten wird; nachdem man beim Schlittenapparat die secundäre Spirale von der primären möglichst weit entfernt resp. den Eisenkern entsprechend gestellt hat, wird der Strom



geschlossen. Nun verschiebt man ganz allmählig die secundäre Rolle (resp. den Eisenkern) bis zur Erzielung einer hohen Stromstärke, welche man 2—3 Minuten einwirken lässt, um dann langsam zurück bis zum äussersten Stromminimum zu gehen, wo man eine Minute verbleibt, worauf man den Strom von neuem anschwellen lässt; nachdem dieses An- und Abschwellen des Stromes im ganzen 3mal wiederholt ist, hört die Sitzung auf. Oft ist dieselbe für die Heilung ausreichend, event. werden in den nächsten Tagen noch eine oder mehrere Sitzungen angeschlossen; sobald der Pat. Bett oder Hose durchnässt hat, wird Tags darauf eine Sitzung abgehalten, und erst wenn mehrere Tage hintereinander kein Durchnässen vorgekommen ist, wird die Behandlung abgeschlossen. K. hat so 20 Fälle behandelt (11 Knaben, 9 Mädchen). Darunter waren 11 Pat. mit Enuresis nocturna et diurna, von denen 9 geheilt, 1 gebessert wurden, und 9 Pat. mit Enuresis nocturna mit 8 Heilungen. Die Zahl der Sitzungen betrug bei 7 Pat. 1, bei 6 Pat. 2, bei 3 Pat. 3, bei 2 Pat. 4, bei 1 Pat. 12 und bei 1 Pat. 20; das macht im Durchschnitt 2 Sitzungen. Die Heilungen erwiesen sich als dauernde.

G. sieht als Ursache der Enuresis eine Schwäche der Schliessmuskeln der Blase an, des Sphincter vesicae und des Compressor urethrae; die reizende Wirkung der Kathode beeinflusste diese Muskeln reflectorisch, wodurch der Erfolg der Therapie bedingt wurde. Dass es sich in der That auch in den Fällen von behinderter Nasenatmung oder von Verklebung der Eichel mit der Vorhaut oder von Orthophimose um eine wenigstens begleitende Spincterenschwäche gehandelt hat, lehrte wiederum der Erfolg. Der gekräftigte Sphincter konnte (in einem Fall allerdings nur unvollkommen) dem reflectorisch gereizten Detrusor genügend Widerpart leisten. Für die Annahme einer zugrunde liegenden Sphincterenschwäche sprach aber vor allem ein anderer Fall, wo die reflectorisch zur Harnentleerung auffordernden Reize durch Spaltung der bestehenden Phimose seit 2 Jahren weggefallen waren und dennoch Enuresis bestand, welche durch die elektrische Therapie beseitigt wurde. Dieser Pat. bestätigte ausserdem die von Henoch betonte Thatsache, dass Enuresis nach Infectionskrankheiten eintreten kann: der geheilte Knabe wurde nach Masern rückfällig. Auch durch Erkältung, durch psychische Erregungen kann der Sphincter eine vorübergehende Schwächung erfahren. Der Wert der allgemeinen Körperschwäche als prädisponierendes Moment ist aber nicht zu hoch anzuschlagen, da dasselbe nur bei 7 von den 20 Fällen hervortrat, während es sich sonst um kräftige, sogar blühende Kinder handelte. Bei einem Falle spielte Heredität eine Rolle: der Vater litt bis zur Pubertät, ein Bruder jetzt noch an Enuresis.

---

142) **A. Liebmann.** Eine neue Therapie des Stotterns.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1896. No. 31.)

Das Stottern ist eine spastische Koordinationsneurose (Kussmaul), welche darin besteht, dass die Rede am Anfang eines Wortes oder einer Silbe durch tonische oder klonische Kontraktionen der Atmungs-,

Stimm- oder Artikulationsmuskulatur unterbrochen wird. Im Gegensatz zu anderen Autoren hält L. die Spasmen der Atmungsmuskulatur für sekundär, bedingt teils durch die psychische Erregung des Stotterers, teils durch den abnormen Widerstand, den die krampfhaft kontrahierten Stimm- und Artikulationsorgane der Ausatmung entgegensetzen. Den eigentlichen Kern des Stotterns bilden die Krämpfe im Gebiet der Stimm- und Artikulationsorgane, und diese bestehen in der Uebertreibung der Dauer des consonantischen Elements in der Sprache. Das consonantische Element kommt dadurch zustande, dass an den Artikulationsstellen des Mundes oder des Kehlkopfs durch Aneinanderlagerung bestimmter Teile der Ausatmungsluft ein starker Widerstand entgegengestellt wird. Bei den Vokalen geht die Luft mit relativ geringem Widerstand durch die tönende Stimmritze und das Ansatzrohr. Beim normalen Sprechen nun werden die Vokale länger gehalten, als die Consonanten, d. h. die Zeit des relativ geringen Widerstandes wiegt vor; letztere kommt dagegen beim Stottern zu kurz, während hier das consonantische Element übertrieben wird, indem der Widerstand, der normaler Weise zur Bildung der Consonanten der Ausatmungsluft entgegengestellt wird, zu lange andauert, d. h. entweder zu stark gemacht oder mehrmals hintereinander wiederholt wird. Dafür spricht, dass beim Flüstern und Singen selten, beim taktmässigen Sprechen, Declamieren und bei pathetischer Rede weniger gestottert wird. Beim Flüstern dehnt man unwillkürlich die Vokale, um sich besser verständlich zu machen. Ebenso findet beim Singen Dehnung der Vokale statt, wodurch Supercorrection des Stotterns geschaffen wird. Der Rhythmus und die regelmässigen Stimmbandschwingungen sind es hier nicht, welche das Stottern verhindern, denn wenn man den Stotterer irgend einen nicht rhythmischen Satz im Sprechton, also mit unregelmässigen Stimmbandschwingungen, aber mit gedehnten Vokalen sprechen lässt, so stottert er auch nicht. Beim Sprechen im Takt, d. h. der Verstärkung der Vokale, findet auch meist Dehnung derselben statt, ebenso beim Declamieren und bei der pathetischen und salbungsvollen Sprache, weshalb auch hier so oft das Stotterübel verschwindet.

Die Therapie L.'s besteht nun darin, die Dauer des consonantischen Elements in der Rede des Pat. herabzusetzen und dem vokalischen Element den Vorrang zu sichern, den es in der normalen Sprache hat; Uebungen der Atmung, Stimme und Artikulation sind überflüssig, weshalb L. bei täglich 1stündigen Sitzungen in 4 Wochen das erreicht, was andere in 2—3 Monaten. Freilich erzielt man auch mit anderen Methoden Erfolge. Hier spielen die zahlreichen psychischen Elemente des Stotterns mit, die durch alle möglichen Suggestionen beeinflusst werden; auch ahmt der Pat. bald unbewusst die richtige Sprache seines Arztes nach, der bei Behandlung von Sprachstörungen auf seine eigene Sprache mehr Sorgfalt zu verwenden pflegt und dabei das richtige zeitliche Verhältnis zwischen dem vokalischen und consonantischen Element unbewusst deutlicher gestaltet. L. lässt gleich in der 1. Sitzung Sätze im Sprechton mit gedehnten Vokalen und kurzen, aber scharf artikulierten Consonanten sprechen, wobei sich die Atmung ganz von selbst

reguliert, ebenso wie beim Singen. Schon in dieser Sitzung gelingt es oft, selbst in schweren Fällen, dem Pat. eine Reihe ganz fliessend gesprochener Sätze zu entlocken; die psychische Wirkung dieses Erfolges ist immens. Allmählig wird die Dehnung auf das richtige Maass zurückgeführt, und nach 10 Tagen wird schon mit schön voll klingenden Vokalen von normaler Länge und scharf artikulierten Consonanten gesprochen. Da die Sprache also schon nach kurzer Zeit sich der normalen fast gänzlich nähert, ist die Gefahr, die anderen Methoden anhaftet, dass nämlich der Pat. sich an eine unnatürliche Sprache gewöhnt, bedeutend verringert. Anfangs lässt L. nur nachsprechen, nach einigen Tagen aber bereits spontan reden, wobei er immer auf seine eigene Sprache achtet, dass sie stets rein und natürlich klingt, damit der Pat. Gelegenheit hat, eine solche möglichst genau nachzuahmen.

L. hat mit seiner Methode bereits über 100 Stotterer erfolgreich behandelt.

---

143) **O. Vulpius.** Zur Heilung des angeborenen Klumpfusses.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 21.)

V. hat mit dem von Lorenz angegebenen modellierenden Redressement sehr gute Resultate erzielt. Dasselbe sucht nicht durch forcierte Kraftanwendung in mehreren Sitzungen, sondern durch stetig wiederholte Manipulationen in einer einzigen Narkose den Fuss in normale oder besser etwas übercorrigierte Stellung zu bringen. Ueber die Methode sagt V. Folgendes: „Der Fuss wird, als sei er aus Thon oder Wachs gebildet, zurecht modelliert, — daher die Bezeichnung — und zwar werden die einzelnen Componenten, die in ihrer Summe den Klumpfuss darstellen, getrennt und in bestimmter Reihenfolge in Angriff genommen. Die gabelförmig vom inneren Fussrand aus Sohle und Fussrücken umgreifende Hand drängt den adducierten Fuss mehr und mehr in möglichst extreme Abductionsstellung hinein, während die andere Hand die Knöchel umfasst und vor einem Bruche schützt. Beim starrem Klumpfuss wird diese Correctur dadurch rascher erzwungen, dass wir ihn mit der Convexität seines Aussenrandes auf die Höhe eines gepolsterten Keiles legen und Ferse wie Vorderfuss mit beiden Händen belasten und abwärts gegen die Seitenflächen des Keiles drängen. Dieses Manöver ist als beendigt anzusehen, wenn der äussere Fussrand eine ausgesprochene Concavität aufweist, während der innere ursprünglich concave convex geworden ist. Der zweite Handgriff gilt dem Hohlfuss, der bekanntlich in sehr verschiedenem Grad, bei älteren Individuen meist ausgeprägter, vorhanden ist. Die verkürzten Stränge der Plantaraponeurose werden allmählig gedehnt, indem die eine Hand die Fusswurzel fixiert, die andere den Vorderfuss in die Höhe drängt. Es leuchtet ein, dass die Correctur des Hohlfusses kaum möglich wäre, wenn nicht die Ferse durch die Achillessehne festgehalten würde. Es darf also die Achillotenotomie, die zumeist sich zur Beseitigung des Spitzfusses als nötig erweist, erst als 3. Akt folgen. Nach subcutaner Durchschneidung der Sehne muss der Calcaneus nach abwärts gezogen

werden, indem man die Finger zu beiden Seiten des Processus posterior desselben einhakt. Es erübrigt jetzt nur noch die Beseitigung der Supinationsstellung, die in eine Pronation der Fusswurzel wie des Vorderfusses umgewandelt werden muss. Sind wir auch damit zu Ende, so gelingt es uns ohne weiteres d. h. mit leichtem Zug an einer Zehe, den Fuss aus der Equinovarusposition in einen Pes calcaneo-valgus überzuführen. Der Fuss muss seiner Elasticität völlig beraubt sein, ehe wir ihn in corrigierter Stellung mit einem starren Verband umgeben. Die zum Redressement erforderliche Zeit ist recht verschieden, und zwar lässt sich weder nach der äusseren Form, noch nach dem Alter des Klumpfusses mit Sicherheit voraussagen, ob der Eingriff leicht oder schwierig auszuführen sein wird. Schwerer gestaltet sich die Correctur dann, wenn man einen primär angeborenen Klumpfuss vor sich hat, so bei ererbter Missbildung, bei gleichzeitigem Bestehen einer Affection im Centralnervensystem. Jedenfalls gelingt es ausnahmslos in einer Sitzung, die Umformung des Fusses zu erreichen. Bei Erwachsenen freilich jenseits des 12—14. Lebensjahres genügt die Händekraft nur unvollkommen zur Ueberwindung der knöchernen Widerstände, hier unterstützt uns der schon früher von Lorenz angegebene Schraubenapparat, der eigentlich zum intraarticulären Redressement des Genu valgum, von Kniecontracturen etc. bestimmt ist, auf das Wirksamste. Ist das modellierende Redressement fertig, so wird der Fuss bis zum Knie in einen Gypsverband gelegt. Auf gute, gleichmässige Polsterung, auf faltenloses Auflegen der Binden muss sorgfältig Obacht gegeben werden. Der vordere Rand des Verbandes muss die Grosszehe etwas überragen, die kleine Zehe dagegen muss Platz zur Entfaltung nach aussen haben, die Sohle endlich wird zweckmässig mit Schusterspänen verstärkt und haltbar gemacht. Auch empfiehlt es sich, namentlich wenn das Redressement schwierig war, den Verband vorne in seiner ganzen Länge alsbald zu spalten. Tritt dann während der nächsten Tage eine reactive Schwelluug ein, so kann jede Gefahr durch Auseinanderbiegen der Ränder verhütet werden. Sind die ersten Tage nach der Operation vorüber, so kann das Gehen in dem mit einem Lederschuh geschützten Verband versucht werden. Letzterer wird übrigens bei Erwachsenen zweckmässig erst einige Tage nach dem Redressement angelegt, um nicht eine Necrose der überdehnten Weichteile zu erleben, die mir einmal passierte, ehe ich die erwähnte Vorsichtsmassregel anwendete. Nach 3—4 Monaten, während welcher der Verband nötigenfalls ausgebessert oder erneuert wird, kann das Resultat als gesichert betrachtet werden, falls eine geeignete und consequente Nachbehandlung folgt. Dieselbe erstrebt die Kräftigung der Unterschenkelmuskulatur, insbesondere der Pronatoren des Fusses durch Massage und Gymnastik. Eines orthopädischen Apparates bedarf der Pat. nicht, höchstens eines abnehmbaren Hülsenverbandes aus Gyps, Cellulose, Leder oder dergl. für die Nacht, um den schädlichen Einfluss der Bettdecke auszuschalten. Im Uebrigen genügt ein kräftiger Schnürstiefel, dessen Sohle etwas nach aussen geschweift ist und ebenso wie der Absatz an der Innenseite etwas niedriger ist als aussen.‘‘ V. kann das Verfahren als ein sehr zuverlässiges, vollkommenes und ungefährliches nur empfehlen, dem gegen-

über ein blutiger Eingriff künftighin nur sehr ausnahmsweise den Vorzug verdienen dürfte.

---

144) **H. Schramm.** Caries der Wirbelsäule.

(Aus dem Sophien-Kinderspitale in Lemberg.)

(Wiener med. Wochenschrift 1896 No. 22—24.)

Sch. bespricht 110 behandelte Fälle: 10 betrafen die Hals-, 66 die Brust-, 21 die Lenden- und 3 die Kreuzwirbel; bei 10 ist der Sitz nicht angegeben.

Was zunächst die Aetiologie anbelangt, so sind Traumen als eine der wichtigsten Ursachen anzunehmen, insofern als sich eben die Tuberkelbazillen gern an leicht beschädigten Knochen und Gelenken ansetzen. So ist auch zu erklären, warum die Wirbelcaries am häufigsten bei Kindern bis zum 4. Lebensjahre auftritt, da in dieser Lebensperiode die Kinder am häufigsten fallen oder durch schlechtes Tragen auf den Händen ihre Wirbelsäule am meisten Distorsionen blossgestellt ist. Auch Heredität spielt eine wichtige Rolle bei Caries der Wirbelsäule, wobei Sch. fand, dass in Fällen, wo Heredität früher nachzuweisen war, der Verlauf der Krankheit ein viel bösartigerer war, als bei Kindern, deren Eltern gesund waren. 25mal kam die Krankheit infolge von anderen Krankheiten zur Entwickelung, und zwar 12mal nach Keuchhusten, 8mal nach Masern, 5mal nach einer unbekannten Fieberkrankheit. Selbstverständlich haben diese Leiden den kindlichen Organismus nur geschwächt und ihn zur Aufnahme des tuberkulösen Virus prädisponiert.

Fast in allen Fällen war bei der Aufnahme schon ein deutlicher Gibbus vorhanden. Nur 1 Fall verhielt sich anders: Es war ein 6jähriger Knabe, welcher wegen eines kalten Abscesses oberhalb des rechten Poupart'schen Bandes in Behandlung kam. Der Abscess soll sich im Laufe von 3 Monaten ohne grössere Beschwerden entwickelt haben. Die Wirbelsäule wies keine Deviation auf, sogar ziemlich starker Druck auf die Dornfortsätze rief keinen Schmerz hervor. Nach Oeffnen des Abscesses mit einem breiten Schnitte zeigte sich jedoch, dass die Ursache der Eiterung im oberen Lendenwirbel lag, dessen vordere Fläche, soweit sie mit den Fingern erreicht werden konnte, noch wie angenagt war. Trotz sorgfältiger Nachbehandlung wurde der Zustand des Kindes immer schlechter, die Eiterung wollte nicht versiegen und das Kind verliess das Spital in hoffnungslosem Zustand. Es lag ein Fall von sog. Spondylitis superficialis vor. Hoffa nimmt an, diese Form beruhe auf Actinomycosis. In dem Eiter dieses Pat. konnte nie Actinomyces nachgewiesen werden, wohl aber starb ein damit inficiertes Kaninchen an acuter Miliartuberkulose, sodass zweifellos hier Tuberkulose vorlag.

Was die Häufigkeit der Abscesse bei der Erkrankung der verschiedenen Wirbel betrifft, so bestand Eiterung bei Caries der Halswirbel in 40%, bei den Brustwirbeln in 36,4%, bei den Lendenwirbeln in 70% und in allen 3 Fällen von Caries des Kreuzbeins. Das sagt aber nicht, dass Tuberkulose der Brustwirbel am wenigsten zur Bildung von Abscessen neigt, obgleich die geringere Beweglichkeit

dieses Abschnitts der Wirbelsäule einigermassen dafür sprechen könnte, sondern die geringere Zahl von Abscessen mag wohl darauf beruhen, dass diese Abscesse einen viel längeren Weg zurückzulegen haben, bevor sie an der Oberfläche des Körpers erscheinen, als z. B. die von den Lendenwirbeln kommenden, dass somit viele schon vorhandene Abscesse bei Brustwirbelcaries nicht nachgewiesen werden. Der Weg, den die Abscesse zurücklegten, war verschieden. Die von den Halswirbeln kommenden erschienen 2mal als retropharyngeale, 1mal senkte sich der Abscess längs der tiefen Halsfascie zur Fossa supraclavicularis, 1mal bei Caries des 2. und 3. Halswirbels brach er hinten durch und erschien rückwärts dicht bei dem Dornfortsatz des erkrankten Wirbels. Bei Erkrankung des Brustwirbels verbreitete sich die Eiterung 17mal von 28 Fällen (= 68%) längs der Vorderseite des Wirbels, 1mal bei Caries der 6 Brustwirbel brach der im hinteren Mediastinum angesammelte Abscess in beide Pleurahöhlen durch und führte an diesem Tage durch acute Entzündung der Pleuren zum Exitus letalis. In anderen Fällen ging der Eiter mehr nach unten und kam oberhalb des Poupart'schen Bandes (4mal) resp. unter demselben zum Vorschein, oder endlich (15mal) nahm er die intermuskulösen Spatien des Oberschenkels ein, sodass die fluktuierende Geschwulst an der vorderen inneren oder hinteren Fläche des Oberschenkels erschien. In den übrigen 8 Fällen kam der Abscess rückwärts dicht neben oder etwas unterhalb des erkrankten Wirbels zum Vorschein. Bei Lendenwirbelerkrankung senkte sich der Eiter noch häufiger der Vorderfläche der Wirbel entlang, zog den Musc. ileopsoas in Mitleidenschaft, bewirkte Contraction der Extremität im Hüftgelenk und kam endlich ober- oder unterhalb des Poupart'schen Bandes zum Vorschein. So bei 12 von 16 Fällen (= 75%); in 2 Fällen kam der Abscess rückwärts neben dem erkrankten Wirbel hervor und 2mal trat der Eiter aus dem kleinen Becken durch das Foramen ischiadicum und hob die Gesässmuskeln empor. Bei den 3 Fällen von Kreuzbeincaries brach der Abscess immer auf der hinteren Fläche des Knochens durch.

Eine zweite Complication der Wirbelcaries ist die sog. Compressionsmyelitis. Nach den neueren Forschungen wird dieselbe nicht durch den Buckel als solchen bedingt; eine Compression durch letzteren kann nur eintreten, wenn beim Zusammensinken des erweichten Wirbelkörpers eine Art Luxation nach hinten zu stande kommt, sodass die eine Kante des Wirbels stark nach hinten zurückgedrängt wird, oder dass ein tuberkulöser Sequester, wie dieselben mitten im erweichten Wirbelkörper ziemlich oft vorkommen, in den Wirbelkanal hineingetrieben wird, seltene Zufälle, die nur 1mal bei den obigen Fällen eine Rolle spielten. Es handelte sich um ein 7jähriges Kind, bei dem zuerst vor 6 Monaten ein kleiner Buckel in der Höhe des 8. Brustwirbels bemerkt wurde; vor 1 Woche fiel das Mädchen von einem Stuhl herunter, worauf ganz plötzlich vollkommene Paralyse der unteren Extremitäten, der Blase und des Mastdarms eintrat. Auch die Abscesse bewirken nur selten einen direkten Druck auf das Rückenmark; vielmehr werden die nervösen Erscheinungen durch eine seröse Infiltration der Häute und des Rückenmarks selbst verursacht,

die erst nach längerer Zeit zur Degeneration der Nervenelemente führen. Sch. beobachtete 13 mal Rückenmarkssymptome, fast sämtlich bei Brustwirbelcaries; nur 1 mal kam der zweite Halswirbel und 1 mal der erste Lendenwirbel in Betracht.

Die Prognose der Wirbelcaries ist schlecht, besonders da man nie mit Sicherheit voraussagen kann, ob und in welchem Stadium die Krankheit aufgehalten werden kann; der eine Fall verläuft günstig, ein ganz gleicher trist. Im allgemeinen kann man die Prognose von folgenden Faktoren abhängig machen:

1. Von der Heredität. Bei Kindern, deren Eltern tuberkulös oder nur luetisch waren, verläuft die Affection bösartiger.

2. Vom allgemeinen Gesundheitszustande des Kindes. War derselbe bei Beginn der Behandlung ein guter, waren die Wirbel der einzige Sitz der Erkrankung, dann war die Prognose besser. Von allen 110 Fällen wurden 34 geheilt, 27 bedeutend gebessert, 35 nicht geheilt, 14 letal. Von 13 Pat., die noch ein anderes Leiden hatten, als die Wirbelcaries, wurde keiner geheilt. Es waren das

5 Kinder mit allgemeiner Tuberkulose — gestorben 5.
1 Kind „ Lungentuberkulose — ungeheilt 1.
1 „ „ Caries der Hand — „ 1.
1 „ „ „ des Femur — „ 1.
1 „ „ „ des Fusses — gestorben 1.
4 Kinder mit tuberkulösen Hautgeschwüren — ungeheilt 2.
gebessert 2.

3. Von der Lokalisation des primären Herdes, wie folgende Tabelle zeigt:

Sitz der Krankheit	Anzahl	Geheilt	Gebessert	Nicht geheilt	Gestorben
Halswirbel	10	5	1	1	3
Brustwirbel	66	21	16	22	7
Lendenwirbel	21	5	6	7	3
Zusammen	97	31	23	30	13

Also die Caries der Halswirbel giebt die beste Prognose!

4. Vom Stadium der Krankheit, wie folgende Zusammenstellung lehrt:

Stadium der Krankheit	Anzahl	Geheilt	Gebessert	Nicht geheilt	Gestorben
Ohne Complicationen	51	19	21	9	2
Mit Senkungsabscessen	33	8	4	12	9
Mit Fisteln	13	4	1	7	1
Mit Rückenmarks-symptomen	13	3	1	7	2
Zusammen	110	34	27	35	14

Also bei Kindern, die im Anfangsstadium ins Spital aufgenommen wurden, die also nur einen Gibbus ohne andere Symptome aufwiesen, in 37% vollständige Heilung, 41% erhebliche Besserung!

Die Therapie bestand vor allem in Zuführung guter Luft, die prächtig wirkte. Ausserdem wurde lokale Therapie angewendet. Sehr gute Dienste leistete das Gypsbett nach Vorschrift von Lorenz und Hoffa. Das Kind wurde auf einen flachen Tisch gelegt, unter die Stirn und das Becken entsprechend dicke Rollen unterschoben und dadurch das Rückgrat leicht nach vorne gebogen. Hierauf wurde der ganze Rücken vom Hinterhaupte bis zu den Glutealfalten mit Gypsbinden belegt, dieselben in alle Falten, besonders am Nacken, und am Becken gut angedrückt. Nachdem 10—15 Schichten von Gypsbinden angelegt waren, wurde der Verband durch dicke Lagen von mit Gypsbrei getränkten Holzspänen verstärkt und nach Eintrocknen vorsichtig abgenommen, dann wurde noch soviel Gypsbrei gegeben, damit das Bett horizontal, ohne auf die Seiten zu schwanken, stehen könne. Endlich wurde das Bett gut mit Zellstoffwatte gepolstert, das Kind hineingelegt und mit breiten Binden im Bette fixiert. In diesem Bette blieb das Kind 5—6 Tage unberührt liegen, hierauf wurde es langsam herausgenommen, abgewaschen und wieder ins Bett gelegt. Mit diesem Apparate kann das Kind sehr bequem transportiert, in die frische Luft hinausgetragen werden und die Immobilisation der Wirbelsäule bleibt eine vollkommene. Nur bei Anfertigung des Bettes bereitet das lange Bauchliegen des Kindes grosse Schwierigkeiten, weshalb Sch. das Kind auf den Rücken legt und unter den Gibbus eine ziemlich breite, weiche Binde unterschiebt, auf welcher das Kind emporgehoben wird, während ein Gehilfe den Kopf, der andere das Becken entsprechend unterstützt, um der zu grossen Biegung der Wirbelsäule vorzubeugen. In solcher Lage taucht er das Kind bis zur vorderen Axillarlinie in einen entsprechend tiefen und grossen, mit Einschnitten für Hals, Hände und Oberschenkel versehenen und mit halbflüssigem Gypsbrei gefüllten Holzkasten. Binnen einigen Minuten ist der Gypsbrei erhärtet, und so bekommt man einen genauen Abdruck, mit dem weiter ebenso verfahren wird, wie mit dem gewöhnlichen Gypsbett. In diesem Bett bleibt das Kind 3—4 Wochen liegen, bis die Schmerzhaftigkeit des erkranken Wirbels fast verschwindet, worauf ein genau angepasstes Mieder angelegt wird. In mehreren Fällen, besonders bei Rückenmarksaffection wandte Sch. die Extension der Wirbelsäule an, indem er an die auf den Kopf angelegte Glisson'sche Schlinge eine Last von 3—6 kg befestigte und das Kind auf einer harten Matratze so schief legte, dass die Körperschwere die Contraextension bewirkte. In solcher Lage blieb das Kind einige Tage Tag und Nacht liegen, dann wurde die Lage auf einige Stunden im Tage soweit geändert, dass die Schnur von der Glisson'schen Schlinge durch eine über dem Bette angebrachte Rolle geführt und soweit belastet wurde, dass das Kind nur leicht mit seinen Hinterbacken die Matratze berührte. Diese Extension wurde ebenfalls einige Wochen angewendet und in günstigen Fällen dann ein Mieder angelegt, ein dünnes Gypsmieder oder, in letzter Zeit, ein auf einem Gypsabguss verfertigtes Organtinmieder; reiner doppelstreifer Organtin bildet in 5-6facher Lage

nach dem Eintrocknen eine feste, dabei sehr elastische und leichte Masse, die Mieder werden wegen ihrer Leichtigkeit sehr gut vertragen, genügen für 8—10 Monate, ohne zu verderben, und sind sehr billig. In der besseren Praxis kann man die mehr eleganten Mieder aus Cellulose oder Schienenkorsette anwenden. Das Mieder leistet gute Dienste, nur wenn die Krankheit in den unteren Brust- und Lendenwirbeln lokalisiert ist; bei Erkrankung der oberen Brustwirbel vom 7. Wirbel angefangen ist es unbedingt notwendig, einen Apparat anzuwenden, welcher den Kopf emporhebt und die Wirbelsäule etwas streckt. Dieser Apparat lässt sich ebenfalls als sog. Jury-mast an das Organtinmieder anpassen in Gestalt einer hinteren Schiene, deren unterer, genau nach Gypsabdruck modellierter Teil zwischen die Lagen der Organtinbinde eingeflochten wird, während der obere Teil in Gestalt eines Bogens 5—6 cm über dem Scheitel des Kopfes hervorragt; an diesen Bogen wird nun die Schlinge angeheftet, welche den Kopf des Kindes unter dem Kinn und Hinterhaupt umgreift und nach oben zieht. Bei Erkrankung der Halswirbel wurde im Spital immer anfangs die Gewichtsextension angewendet und dann eine steife Cravatte aus Pappendeckel oder plastischem Filz angelegt, welche sich an die Vorderseite der Brust und an den Schultern stützte, und das Kinn und Hinterhaupt kräftig nach oben drängte.

Waren schon Senkungsabscesse entwickelt, so war das Verfahren ein verschiedenes. In einigen Fällen fand noch bei Landaufenthalt und diätetischer Behandlung Aufsaugung statt. 29mal wurde operiert. 10mal wurde mittelst dünnen Troikarts die Punction ausgeführt; der Eiter wurde ausgepumpt, die Höhle durch die Kanüle mit Borsäure, so gut es ging, ausgespült und 30—50 gr einer Jodoformglycerinemulsion (1 : 15) eingespritzt. 3mal wurde so vollständige Heilung erzielt, d. h. nach 2—8maliger Punction verschwand der Abscess. 3 Kinder wurden gebessert entlassen, indem nach 1maliger Punction der Abscess kleiner und härter wurde; 3mal kam Heilung nicht zustande, indem nach jeder Punktion der Abscess sich wieder füllte, und 1mal trat Exitus ein. In 5 Fällen wurde das Billroth'sche Verfahren versucht. Der Abscess wurde breit geöffnet, seine Wände mit Jodoformtampons behufs Entfernung der Membrana pyogenes gut ausgewischt, dann mit Borsäurelösung ausgespült, mit 30—50 gr von obiger Jodoformemulsion gefüllt, hierauf die Wunde mit Naht genau verschlossen und ein Druckverband angelegt; 2mal erfolgte so vollständige Heilung, 3mal kam es in der Höhle zur Eiterung und die genähte Wunde platzte. Endlich wurde in 14 Fällen der Abscess breit geöffnet, seine Höhle sorgfältig gereinigt und mit Jodoformgaze tamponiert; es wurde nur 2mal Heilung erzielt, 5mal dauerte die Eiterung monatelang, 7mal trat Exitus ein. Diese Erfahrungen sprechen dafür, dass man auch heutzutage den Abscess möglichst unberührt lassen und nur die Behandlung des Grundleidens vornehmen und sorgfältig diätetische und klimatische Therapie ins Treffen führen soll. Führt dies nicht zum Ziel, so warte man nicht, bis die Haut über dem Abscess sich verdünnt, sondern mache lieber frühzeitig eine Punktion mit nachfolgender Injection von Jodoformglycerin, event. mehrere Male. Bildet sich trotzdem der Abscess wieder, so greife

man zu dem Billroth'schen Verfahren, und nur als ultimum refugium betrachte man die breite Incision mit folgender Tamponade und Drainage, da es hierbei sehr schwer ist, die tiefe Wunde vollständig aseptisch zu halten, sodass Infection mit Eiterkokken meist nicht zu vermeiden ist, die bald einen septischen Charakter annimmt und die Kinder rasch entkräftet.

In den letzten Jahren empfahl man, bei Wirbelcaries die erkrankte Stelle durch Resection und Ausschaben der Wirbel zu entfernen. Sch. that dies 5mal und schliesst aus diesen Versuchen: In Fällen, in welchen der Knochenherd ziemlich oberflächlich und der Zutritt zu ihm ohne Resection bedeutender Teile gesunder Knochen möglich ist, besonders die Knochenerkrankung begrenzt ist, und nur ein zurückbleibender Sequester die Eiterung unterhält, kann die Operation Erfolg haben, befindet sich aber die Krankheit in stadio florido, sind mehrfache Knochenherde vorhanden und müssen zu ihrer Entblössung grössere Teile vom Wirbelbogen reseciert und damit die Wirbelsäule geschwächt werden, dann erzielt man selten Erfolge.

Bei nervösen, infolge der Mitleidenschaft des Rückenmarks entstandenen Erscheinungen ist der Leiter'sche Kühlapparat recht gut in Verbindung mit permanenter Extension der Wirbelsäule, zu der, je nach dem Alter des Kindes, 4—8 kg nötig sind.

---

145) **O. Lendrop.** Om Spondylitis af de överste Halshvirvles i Barnealderen.

(Hospitals Tidende 1895. No. 29—32. — Centralblatt f. Chirurgie 1896. No. 14.)

Am Königin-Louise-Kinderhospital in Kopenhagen kamen in den letzten 11 Jahren 10 Fälle von Spondylitis der oberen Halswirbel zur Beobachtung. Diese Fälle machten 7% aller Spondylitisfälle aus. 8 Pat. waren 2—4 Jahre alt, keiner unter 1 Jahr. 7 Pat. waren Knaben, 3 Mädchen.

Aetiologisch fehlten Syphilis und maligne Tumoren. Fast stets fand sich Scrophulose oder Tuberkulose verzeichnet, 2mal wurden Traumen, starker Stoss in den Nacken, als Gelegenheitsursache angegeben.

In 4 Fällen zeigte die Section die pathologisch-anatomischen Verhältnisse: stets Gelenke stark afficiert, in einem älteren Falle zudem weit vorgeschrittene Knochenzerstörung, indem Dens epistrophei ganz sequestriert und stark cariös war, während der vordere Atlasbogen schon während des Lebens durch den Rachen ausgestossen war. Dieser Befund zeigt wieder, dass in der Regel die Gelenke primär, die Knochen erst secundär angegriffen werden.

Die prodromalen Neuralgien, wie sie von Hoffa und Bergmann beschrieben sind, waren nur in 1 Falle als lancinierende Schmerzen in den Armen vorhanden. Was das Vorgleiten des Kopfes betrifft, so geschieht es selten zwischen Hinterhaupt und Atlas, häufiger zwischen Atlas und Epistropheus, und der losgetrennte Dens epistrophei vermag dann plötzlichen Tod durch den Druck auf das Rückenmark zu veranlassen. In einem Falle L.'s geschah das Herabgleiten und die Com-

pression so langsam, dass das Mark Zeit hatte, sich zu accomodieren. Die Senkung des Eiters kann zwischen Dura und Wirbelkörpern geschehen; häufig bricht aber der Eiter gegen die Oberfläche vor und kann sich dann, wie in einem Falle L.'s in dem „Muskeldreieck", oder, wie in 4 anderen Fällen, als „retropharyngealer Abscess" präsentieren, welch letzterer oft dem „idiopathischen" ähnlich ist, wie er sich oft aus tuberkulösen Drüsen entwickelt und dann einen chronischen oder subacuten Verlauf nimmt; sind die anderen spondylitischen Erscheinungen nicht sehr ausgesprochen, so ist die Verwechslung leicht da.

Die Prognose der Affection ist nach L. schlecht. Seine Resultate — er behandelt mit Immobilisation im Schrägbett durch Glisson's Schlinge mit 4—10 Pfund belastet, später Gypscorsett — waren noch relativ zufriedenstellende: von den 10 Pat. wurden 1 unsicher und 4 sicher geheilt, sowie 1 ungeheilt entlassen, 4 starben.

---

146) **L. v. Wecker.** Die Prognose der Tuberkulose des Auges.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 22.)

v. W. hält die Enucleation tuberkulöser Augen aus 3 Gründen für verwerflich:

1. Weil die Tuberkulose des Auges zweifellos lokal erlöschen kann.
2. Weil man durch nichts berechtigt ist, die intraoculare Tuberkulose deshalb, weil sie in einem geschlossenen Organ entsteht, als primär anzusehen, sondern vielmehr alles dafür spricht, dass es sich um eine Infection handle, die von einem entfernten Teile des Körpers ausgeht; auch ist in solchem Falle die Entfernung des Auges, um den Organismus der Infection zu bewahren, durchaus illusorisch.
3. Weil es sich meist um junge Menschen handelt, bei welchen die Enucleation eines Auges eine schwere Verstümmelung bedeutet, während die Erhaltung eines selbst in geringem Grade phtisischen Auges noch immer eine Garantie bietet für die Erhaltung der Symmetrie des Gesichtssceletts.

Auf v. W.'s Klinik befindet sich ein 4jähriger Knabe, der an Tuberkulosis corneae leidet und bei welchem nach Zerstörung fast der ganzen Hornhaut ein fungöses Granulom von der Grösse einer Haselnuss aus der exulcerierten Cornealwunde herauswuchs. Das Kind war so leidend und herabgekommen, dass man an eine Complication mit tuberkulöser Meningitis denken konnte. Es wurde wegen dieser Schwäche die einfache Sclerotomia poster. gemacht. Jeder Schmerz hörte sofort auf, das Kind, das innerlich Jodoform bekam, genas rasch, nahm an Gewicht zu und hat jetzt einen vernarbten, leicht phtisischen Bulbus.

Die Hand in den Schoss legen darf man freilich nicht, da selbst nur die teilweise Entfernung eines tuberkulösen Herdes, wenn man die erkrankte Partie erreichen kann, wie bei der Tuberkulose der Iris, die Dauer des Leidens wesentlich abkürzt und das Auge in seiner Function zu erhalten im Stande ist.

v. W. entfernte bei einem 5jährigen Knaben einen grossen tuberkulösen Knoten der Iris und constatierte bei der Operation, dass auch die angrenzenden Teile des Corpus ciliare tuberkulös inficiert waren. Die Affection heilte mit Erhaltung der vollen Sehschärfe aus. Pat. war vorher von mehreren Aerzten untersucht worden, die für schleunigste Enucleation waren, weil sonst das Kind unmöglich länger als 6 Monate leben würde. Es sind jetzt 7 Jahre verflossen, der kräftige und gesunde Junge hat ein Auge mit vorzüglicher Sehschärfe.

Das Beispiel spricht dafür, niemals die Enucleation bei Tuberkulose des Auges vorzunehmen, besonders nicht dann, wenn ein Rest von Sehvermögen vorhanden ist.

---

147) **A. Bulling.** Spontane Lungentuberkulose einer Ziege.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 20.)

Die Sektion einer im Münchener pathol. Institut geschlachteten Ziege ergab, dass das Tier mit ausgebreiteter Lungentuberkulose behaftet war, während alle übrigen Organe völlig normal waren. Anamnestisch wurde festgestellt, dass das Tier 6jährig, in einem Stalle mit 8 anderen Ziegen zusammen war, vor einem Jahre noch ein gesundes Kitz zur Welt gebracht hatte, selbst für gesund galt, in letzter Zeit wenig Milch producierte und deshalb für trächtig gehalten wurde, im Stalle nie, wohl aber seit 2 Jahren manchmal hustete, wenn es ins Innere der Stadt getrieben wurde, um seine Milch direkt und warm an den Käufer abzugeben.

Ziegenmilch wird viel in rohem Zustand genossen, so von schwächlichen, anämischen Kindern, die ja bekanntlich gerade eine grosse Disposition zur Tuberkulose besitzen. Der obige Fall lehrt, wie gefährlich event. das Vertrauen auf die sog. Immunität der Ziegen gegen Tuberkulose werden kann, eine Immunität, die wahrscheinlich nur deshalb als bestehend galt, weil Ziegen wegen ihres ziemlich wertlosen Fleisches meist von ihren Besitzern selbst geschlachtet und verzehrt werden, also in der Regel der tierärztlichen Controle entgehen.

---

148) **J. Renaut.** Ueber die Behandlung der diffusen, infantilen Bronchitis mit systematischen warmen Bädern.

(Therap. Wochenschrift 1896. No. 14.)

Als Bronchitis diffusa profunda bezeichnet R. eine allgemeine, diffuse, catarrhalische Entzündung aller extralobulären Luftwege. Es ist eine ernste Erkrankung, weil sie sehr leicht zu capillärer Bronchitis und Broncho-Pneumonie führen kann. Bei Kindern beginnt die diffuse Bronchitis mit Fieber zu einer Zeit, wo man nur trockene, klingende Rasselgeräusche hört, die am Ende eines Hustenanfalles an Zahl und Intensität zunehmen. Sobald die Bronchitis tief wird, findet man deutliche intrapulmonäre Ronchi; nebst klingenden hört man feuchte, grossblasige Rasselgeräusche, insbesondere beim Husten. Dieses

Zusammentreffen von feuchten und trockenen Rasselgeräuschen bildet eines der typischten Merkmale der diffusen, infantilen Bronchitis. Jedes Kind mit solchen Erscheinungen und einer Rectumtemperatur von 39° und darüber ist von einer capillären Bronchitis oder Broncho-Pneumonie bedroht, insbesondere, wenn sich die Temperatur constant über 38,5° erhält und zeitweilige Steigerungen auf 39° und 40° aufweist. Solche Temperaturerhöhungen stellen sich meist 2mal in 24 Stunden ein, und zwar in unregelmässiger Weise. Sie sind ein Kriterium für die Anwendung der warmen Bäder, welche das beste Mittel sind, den Eintritt der gefürchteten Complicationen zu verhüten. Diese Bäder verordnet R. seit 10 Jahren, hat dabei nie unangenehme Zufälle beobachtet, nie eine frische diffuse, infantile Bronchitis in eine capilläre oder in Broncho-Pneumonie übergehen gesehen. Solange das Fieber unter 39° ist, kann man warten, sobald es aber die Höhe hat (man misst Tag und Nacht 3stündlich die Rectumtemperatur), giebt man ein Bad von 38° 7—8 Minuten lang. Man bedeckt den Kopf mit einem zusammengefalteten Taschentuch und lässt, wenn das Kind Congestionen bekommt, auf das Tuch während der Badedauer einen dünnen Strahl Wassers von Zimmertemperatur fliessen. Kindern von 2—3 Jahren giebt man während der Badezeit einen Schluck Champagner oder sonstigen schweren Weines oder Cognac mit Wasser. Das rasch abgetrocknete Kind kommt sofort ins Bett. Oft zeigt sich der Erfolg schon nach 3—4 Bädern, manchmal erst nach einigen Tagen. Neben den Bädern verordnet R. Chinin. sulfur., das den Boden, auf dem die pathogenen Bacterien sich entwickeln, sterilisiert und den ganzen Organismus tonisiert. Kinder unter 2 Jahren erhalten früh und abends ein Suppositorium von 0,15 Chinin. sulfur. (besser noch: Chin. hydrobromic.), grössere von 0,25, womit man noch mehrere Tage nach Abfall des Fiebers und Verschwinden der Rasselgeräusche fortfährt.

Ist die Affection nicht mehr ganz frisch, sind bereits zahlreiche Rasselgeräusche und viel Schleim vorhanden, dann gebe man Syr. Ipecac. alle 10 Minuten 1 Kaffeelöffel, bis Erbrechen eintritt, worauf man erst die obige Therapie beginnt.

Hat man es gar schon mit beginnender capillärer Bronchitis zu thun, so bilden die warmen Bäder gleichfalls die wirksamste Behandlung. Bei den schweren Formen, besonders der sich an Keuchhusten anschliessenden, findet man 2 grosse Fieberexacerbationen in 24 Stunden, die viel heftiger sind, als bei der diffusen Bronchitis, und nicht genau zur selben Zeit auftreten; ist die Fiebersteigerung z. B. heut zu Mittag eingetreten, so beginnt sie Tags darauf um 2—2½ Uhr rapid von 37,5° auf 40—41° zu steigen und erreicht diese Höhe binnen höchstens 2—3 Stunden. Gerade im Beginn eines solchen Fieberanfalls zeigt sich die Wirkung des Bades am eclatantesten; man muss also, sobald die Temperatur zu steigen beginnt, baden, wobei 35—32° Wassertemperatur genügt. Steigt das Fieber trotz des ersten Bades von 35° weiter, so giebt man ein 2. Bad; erreicht die Temperatur 2 Stunden danach noch 39°, so giebt man ein 3. Bad von 34°. Im Allgemeinen ist, sobald die Temperatur nach dem 1. Bade um 1° abfällt, die Wahrscheinlichkeit für einen dauernden Abfall vorhanden. Andernfalls darf man nicht erst 3 Stunden bis zum

nächsten Bade warten. Diese Methode, welche in einem genauen Verfolgen des Fiebers besteht, ist die wirksamste, um die Ausdehnung der Capillarisation zu verhüten. Indessen muss man in dieser Weise manchmal 1—3 Wochen kämpfen, ehe eine Subcontinua eingetreten und die capilläre Bronchitis in eine diffuse umgewandelt worden ist, die jetzt durch systematische warme Bäder weiter behandelt werden muss. Hier tritt manchmal Herzschwäche ein, die man durch Aetherinjectionen oder interne Verabreichung von Strophantin (0,001: 200 gr 2 × täglich 1 Kaffeelöffel voll) bekämpft. Eine andere, schwere Complication der Bronchitis capillaris ist die langsame Cyanose bedingt durch die Verstopfung der Bronchialwege; das Kind schläft ein und versinkt in tiefen Schlaf. Hier ist ein langsamer und continuierlicher Sauerstoffstrom indiciert, bis das Kind unruhig wird und etwas hustet, worauf ein warmes Bad gegeben wird, aus dem das Kind wie umgewandelt herausgebracht wird, sodass es für 1—1½ Stunde von Cyanose und Schlaf frei bleibt.

---

149) **R. Neurath.** Ueber cerebrale Paresen im Gefolge des Keuchhustens.

(Aus der Nervenabteilung des I. öffentl. Kinderkrankeninstituts in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 23.)

Complicationen von Seiten der nervösen Sphäre und nervöse Nachkrankheiten nach Keuchhusten sind nicht häufig. Selbst allgemeine Convulsionen, für die dem ersten Kindesalter eine gewisse Disposition mit Recht zugeschrieben wird, treten im Verlaufe der Krankheit nicht gerade oft auf; meist beschränken sich die motorischen Reizphänomene, die durch die colossale venöse Stauung während der Hustenparoxysmen vom Centralnervensystem aus zur Auslösung kommen, auf leichte Zuckungen in verschiedenen Muskelgruppen, namentlich im Innervationsgebiete des Nervus facialis, Nystagmus u. s. w. Zu diagnostischen Irrtümern können Convulsionen, seien sie allgemein oder auf gewisse Muskelgebiete beschränkt, leicht verleiten, wenn sie, coordiniert den Attributen organischer Cerebralleiden, wie Nackenstarre, Somnolenz, Kaubewegungen, etwa auch febrilen Temperaturen in Erscheinung treten, Symptomencomplexe, die um so eher den Verdacht einer Meningitis nahe legen könnten, als ja Fälle von Meningitis simplex, Pachymeningitis haemorrhagica etc. nach Keuchhusten, wie nach anderen Infectionskrankheiten des Kindesalters zu bekannten Erfahrungen gehören. Nekropsien, deren negative Befunde eine überraschende Incongruenz mit den stürmischen klinischen Erscheinungen aufwiesen, sind jedoch geeignet, vor einer entschiedenen Diagnose zu warnen.

Öfters sind Convulsionen von verschieden langer Dauer nur die ersten Symptome eines cerebralen Processes, der dauernde Störungen der motorischen Sphäre im Gefolge hat. Die Lähmungen treten in der weitaus grössten Zahl als Halbseitenparese auf; meist mitten im besten Wohlbefinden werden die Kinder von entweder allgemeinen oder halbseitigen Convulsionen befallen, die, mit tiefem Sopor einhergehend, verschieden lange Zeit anhalten; wenn die Kleinen sich erholen,

zeigt sich die eine Seite gelähmt. Rechtsseitigen Hemiplegien gesellt sich auch meist Facialisparese bei. Die 15 Fälle von Halbseitenlähmung nach Pertussis, die Freud und Rie s. Z. zusammenstellten, sind seitdem durch einige Fälle vermehrt worden, und auch N. hat über 5 Fälle cerebraler Lähmungen im Anschluss an Keuchhusten zu berichten. 2 Fälle repräsentierten typische Halbseitenlähmungen. In relativem Wohlbefinden wurden die Kleinen, das eine Kind nach vorhergegangenen Convulsionen, das andere nach kurz anhaltenden Aeusserungen des Missbehagens, plötzlich halbseitig gelähmt; auch der Facialis war gelähmt, die paretische Seite zeigte die Symptome einer spastischen Lähmung. In Fall III wurde ein keuchhustenkrankes Kind von Convulsionen befallen, nach deren Schwinden es sich aphatisch und am ganzen Körper gelähmt zeigte. Allmählig gewannen die Extremitäten wieder ihre Function, nur eine rechtsseitige Facialisparese, atactische Schwäche der Beine, tremorartige Zuckungen aller, jedoch vorwiegend der rechten Extremitäten persistierten. Im Falle IV schloss sich nicht in engem Connexe an Pertussis, aber an eine durch letztere veranlasste Bronchiektasie eine sich allmählig entwickelnde Halbseitenlähmung mit Mitbeteiligung des gleichseitigen Facialisgebiets. Hier bestand zudem der Verdacht auf Herzklappenerkrankung. Im letzten Falle endlich erkrankte ein normal entwickeltes Kind im Anschluss an Keuchhusten an Convulsionen, nach deren Aufhören sich das Kind auffällig verändert zeigte. Das angeblich vorher dem Alter entsprechend intelligente Kind benahm sich wie ein Idiot, liess Stuhl und Urin unter sich, steckte constant die Hand in den Mund, zeigte ein starkes Deficit an Intelligenz. Gleichzeitig bestand spastische Lähmung der ganzen linken Körperhälfte, an der in etwas geringerem Grade auch das rechte Bein participierte. Der Schädelumfang betrug nur $43^1/_2$ cm.

Es frägt sich nun einerseits, haben wir ein Recht, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der bestehenden Infectionskrankheit und den nervösen Erscheinungen anzuehmen, andererseits, wie kamen diese Lähmungen zustande, welche anatomischen Veränderungen haben wir verantwortlich zu machen?

Fehlt uns auch die einzig einwandsfreie Begründung für die Annahme jenes Connexes, nämlich anatomisch-bacteriologische Befunde, so dürfen wir wohl doch mit Recht schon per analogiam dies schliessen, indem zahlreiche Beobachtungen cerebraler Paresen in engem Anschluss an Infectionskrankheiten des Kindesalters, Fälle von Halbseitenlähmungen nach Scharlach, Masern, Varicellen, Typhus, Darmkatarrhen u. s. w. ein rein zufälliges Aufeinanderfolgen auszuschliessen scheinen. Neben der Encephalitis nun sind es vasculäre Störungen, die von den Autoren zur Erklärung der erworbenen infantilen Cerebralparesen herbeigezogen werden, und zwar die Hirnblutung, die Venenthrombose und die Embolie. Es läge nahe, in den Pertussisattaquen und der mit ihnen einhergehenden colossalen venösen Stauung ein Blutaustritte in das Gehirn oder die Meningen verursachendes Moment zu sehen. Auf Grund der Erfahrungen bei Erwachsenen dürfen wir jedoch die Bedeutung der venösen Hirnhyperämie nicht überschätzen; Hirnapoplexien bei Emphysematikern, an Larynxaffectionen,

Herzfehler-Leidenden sind recht selten ohne Gefässveränderungen. Da letztere nun bei Kindern besonders selten sind, darf man also Haemorrhagien unberücksichtigt lassen. Gegen Venenthrombose spricht der Verlauf der Symptome und der Umstand, dass die Pat. durchwegs kräftige, gut entwickelte Kinder waren. Was die Embolie anbelangt, so wurden, abgesehen von dem einen Falle, nie Zeichen einer recenten oder abgelaufenen Endocarditis constatiert, die als Complication oder Nachkrankheit von Pertussis bisher überhaupt nicht zur Beobachtung kam. N. entschloss sich also zur Diagnose einer nicht eitrigen secundären Encephalitis als Complication oder Folgekrankheit der Bronchektasie, wozu eine interessante Analogie in den Abscessen des Centralnervensystems besteht, wie sie nach Bronchektasie öfters beobachtet wurden. Licht darüber wird freilich erst die Zukunft bringen, in der es vielleicht gelingen wird nachzuweisen, dass die eitrige Encephalitis durch echte Metastase von den Eiterdepôts der Lunge, eine acute nicht-eitrige aber durch Resorption und entfernte Wirkung der Toxine zustande kommt.

---

150) **O. Jarke.** Ein Fall von acuter symmetrischer Gehirnerweichung bei Keuchhusten.

(Aus der medicin. Poliklinik zu Kiel.)

(Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. XX. 1896. No. III/IV.)

J. berichtet folgende Krankengeschichte, welche manches Eigenartige und Interessante enthält:

Am 11./X. kam ein 7 Jahre altes Mädchen in Behandlung wegen plötzlich aufgetretener Lähmungserscheinungen. Anamnestisch ergab sich, dass beide Eltern an Phthise und eine Schwester an Gehirnentzündung verstorben seien, eine ältere Schwester ferner oft an Heiserkeit leide. Pat. selbst hat einmal Lungenkatarrh gehabt und leidet seit Wochen an Keuchhusten mittlerer Stärke, doch sind die Anfälle in den letzten 14 Tagen weniger heftig und zahlreich gewesen. Seit dem 1. Oktober fiel es der Stiefmutter auf, dass das Kind häufig über Müdigkeit klagte und ungewöhnlich zeitig schläfrig war; überhaupt schien in seinem ganzen Wesen eine Veränderung vor sich gegangen zu sein. Am 7./X. klagte es gelegentlich eines Spazierganges über Schwäche des linken Beins. Am 8./X. steht es auf, kann aber sehr schlecht gehen, da das linke Bein fast ganz versagt; dazu ist das Gesicht nach rechts verzogen, der Speichel läuft aus dem Munde; ausserdem fällt der Mutter ein merkwürdiges Lachen an dem Kinde auf. Am 9./X. konnte es nicht mehr aufstehen, die übrigen Erscheinungen waren unverändert. Am 10./X. kommt Schlaffheit des linken Armes hinzu, ferner treten Anfälle von mehrstündigem Weinen resp. Lachen auf. In den nächsten Tagen keine Veränderung des Zustandes.

Status am 15./X. Ziemlich gut genährtes Kind, liegt leicht benommen in passiver Rückenlage im Bett. Die Pupillen sind weit, reagieren gut, die Augen werden oft starr auf einen Punkt gerichtet. Das Kind soll viel gähnen und schlafen, beim Aufwachen laut schreien. Es nimmt seit 3 Tagen keine Nahrung, resp. nur geringe Mengen Flüssigkeit. Es besteht eine rechtsseitige Facialislähmung (der Stirnteil ist frei). Die Zunge weicht nach links ab, kann nur unvollständig vorgestreckt werden. Die Uvula hängt nach links. Das Schlucken ist offenbar erschwert. Parese des linken Armes; derselbe hängt völlig schlaff herunter (an den beiden vorhergehenden Tagen sollen Zuckungen an ihm aufgetreten sein). Das linke Bein verhält sich wie der Arm; es ist ganz schlaff (gestern und vorgestern soll zeitweise eine Spannung einzelner Muskeln bestanden haben). Die Sehnenreflexe am Arm und Bein sind vielleicht etwas erhöht, die Hautreflexe wie rechts. Respiration 20, etwas unregelmässig, ab und zu kurze



Pausen; die linke Thoraxfläche arbeitet mehr, als die rechte. Puls 120, regelmässig, kräftig. Temperatur 37,2⁰. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Das Kind lacht ab und zu ohne Grund während der Untersuchung. Auf Fragen giebt es keine Antwort, versteht aber viele davon und führt gewünschte Bewegungen aus (gestern und vorgestern hat es noch gesprochen, aber sehr undeutlich).

17./X. Die Apathie hat zugenommen; das Kind hat kein Wort wieder gesprochen, nur öfters geschrieen. Die Lähmungserscheinungen der Extremitäten unverändert, an Intensität wechselnd. Facialisparese weniger deutlich. Cheyne-Stoke'sches Atmen. Pupillen weit, reagieren kaum. Puls unregelmässig, bald verlangsamt, bald beschleunigt. Keine Nackenstarre, keine Convulsionen. Normale Temperatur. Keine Chorioidealtuberkel, Papille verwaschen, Gefässe geschlungen.

19./X. Zustand im Ganzen unverändert. Nahrungsaufnahme minimal wegen der Schluckbeschwerden; Brechreizung. Puls 100, schwach. Kopf und Augen zeitweilig stundenlang gleichmässig nach rechts abgelenkt. Das Kind lässt alles unter sich.

20./X. Völlige Benommenheit; Kopf und Bulbi starr nach rechts rotiert; Pupillen weit, reagieren kaum. Lähmung des linken Arms und Beins weniger ausgesprochen, als an den Tagen zuvor; dagegen auch Parese des rechten Arms und Beins, an beiden zeitweise krampfhafte Spannung einzelner Muskeln. An den Nackenmuskeln leichte Spannung. Leib kahnförmig eingezogen, Gesicht stark gerötet und gedunsen. Puls 120, schwach. Temperatur 37⁰.

21./X. Facialislähmung fast verschwunden. — Abends Exitus letalis.

Die Diagnose war gestellt worden auf einen solitären Tuberkel am Pons mit consecutiver Verschliessung der Arteria basilaris. Den bestehenden Keuchhusten für die cerebralen Symptome verantwortlich zu machen, schien nicht angängig; eine Hirnblutung war wegen der allmähligen Entwickelung der Krankheitserscheinungen nicht anzunehmen und für Embolie lag eine Quelle nicht vor. Gegen tuberkulöse Basilarmeningitis sprachen der fieberlose Verlauf, die fehlende Nackenstarre, das Fehlen von Erbrechen, von Pulsverlangsamung und Convulsionen, das Ueberwiegen der Extremitäten, Lähmung gegenüber der Hirnnervenlähmung. Dafür machte das mangelnde Fieber, das Ergriffenwerden beider Körperhälften, das Schwankende und Wechselnde der Lähmung, die rechtsseitige Facialislähmung, die erhebliche Störung der Sprache und des Schluckens eine Ponsaffection mit consecutiver gänzlicher oder teilweiser allmähliger Verschliessung der Arteria basilaris in ihrem mittleren Teil wahrscheinlich. Die conjugierte Deviation der Augen nach rechts, wie sie in den letzten Tagen bestand, kommt bei Ponsaffection, wie bei Verschluss des A. basilaris vor und kann entweder auf Spasmus beruhen oder auf einer anatomischen Läsion des Pons. Die sonstigen Symptome, die Benommenheit, der Spasmus einzelner Muskeln, die Erweiterung und Starre der Pupillen, die zeitweise Unregelmässigkeit des Pulses u. A. sprachen nicht gegen die gestellte Diagnose.

Und was ergab die Section? 2 bis wallnussgrosse Erweichungsherde in jeder Hemisphäre. Diese gelben Herde waren ziemlich genau symmetrisch gelegen; die in den Frontallappen je von ca. 2 cm Durchmesser, ausschliesslich in der weissen Substanz bis eben an die graue hinreichend, ca. 3 cm von der Spitze des Frontallappens und 1,5 cm von seiner inneren Wand entfernt, den Gyrus frontal. sup. und med. entsprechend; die in den Parietallappen gelegenen noch ein wenig grösser, ebenfalls ganz in der weissen Substanz, dem Gyrus central. post. und seiner nächsten Umgebung entsprechend.

Die beobachteten Lähmungserscheinungen entsprachen ja auch diesen Herden: entsprechend dem im rechten Parietallappen, der hauptsächlich der hinteren Centralwindung anlag, zuerst Lähmung des linken Beins, bei Vergrösserung des Herdes auch des Arms; entsprechend dem etwas tiefer im linken Parietallappen gelegenen Herd zuerst rechte Facialislähmung, dann auch des Hypoglossus, des rechten Arms und Beins; Aphasie entsprechend den grossen Herden in den Frontallappen.

Aber die Entstehung der Herde? Keine Spur von Blut, keine von Pigment, keine auf Embolie hindeutenden Verhältnisse. Man müsste an idiopathische Encephalitis oder, nach Strümpell, entzündliche Erweichungsherde denken, eine freilich seltene Affection, die hier jedenfalls bedingt war durch die infolge der Hustenanfälle zeitweilig eintretenden schweren Störungen der Cirkulation in Form der Fluxion und venösen Stauung, die eine Läsion einzelner Gefässwände hervorbrachten, die ihrerseits im Verein mit der Hyperämie die Herdentzündungen einleiteten. Als ein die entzündlichen Vorgänge begünstigendes Moment mag vielleicht noch die hereditäre Belastung des Kindes anzusehen sein.

---

151) **Marfan.** Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance, April 1896. — Centralbl. f. innere Medicin 1896. No. 27.)

M. hat mit dem Bromoform bei Behandlung des Keuchhustens bessere Resultate erzielt, als mit anderen Mitteln, speziell Antipyrin und Belladonna. Er verschreibt:

Rp. Bromoform. gtt. 48
Ol. amygd. dulc. 20,0
Tragacanth. 2,0
Gummi arab.
Aq. Lauroc. aā 4,0
Aq. dest. ad 120,0
(1 Theelöffel = 2 Tropfen Bromoform).

Für Kinder bis $1/2$ Jahr genügen 2—3 Tropfen, von $1/2$—1 Jahr 3—4 Tropfen, 1—5 Jahren so oft 4 Tropfen, als das Kind Jahre zählt; über 20 Tropfen pro die sind als Anfangsdosis nicht zulässig. Man steigt um 2—4 Tropfen täglich bis zur Verdoppelung. M. behandelte so 40 Pat. und erzielte prompt Verminderung der Anfälle an Zahl und Intensität. Nur 3mal versagte das Mittel, während Antipyrin half. Nie üble Nachwirkungen.

---

152) **Börger.** Ein Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftungen.

(Aus der med. Klinik zu Greifswald.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 20.)

Nachdem B. die ihm bisher aus der Litteratur bekannt gewordenen

12 Fälle von Bromoformvergiftung einer kurzen Besprechung unterzogen, führt er 2 eigene Beobachtungen an.

1) Ein 5jähriger Knabe, der wegen Keuchhustens Bromoform nahm, trank, als die Eltern ihn einen Augenblick allein liessen, aus dem Fläschchen, allerdings nach Schätzung der Eltern nur 15—20 Tropfen. Die Eltern fanden das Kind bewusstlos daliegen, mit kleinen Pupillen, schlechtem, kleinen Puls, aufgehobenen Reflexen, wie ein im Hause wohnender stud. med. constatierte, der zugleich riet, den Pat. in die Klinik zu schaffen. Als das Kind hier anlangte, waren die Pupillen noch klein, die Extremitäten hingen schlaff herab. Auf einige Hautreize trat sofort Reaction ein, Pat. öffnete die Augen. Es wurde nun $^1/_2$ Spritze Ol. camphorat. subkutan injiciert und eine Magenspülung gemacht, worauf der Knabe sich vollkommen erholte. Die relativ leichten Intoxikationserscheinungen lassen sich aus der geringen Menge des genossenen Giftes, andererseits aus dem langen Transport erklären, den der Knabe in einem leichten Kinderwagen durch die kalte frische Luft durchmachte.

2) Ein 3jähriges Mädchen nahm mindestens 5 gr Bromoform, fing dann bald zu taumeln an und fiel bewusstlos hin. Schleunigst in die Klinik gebracht, bot Pat. folgenden Status praesens dar: Totale Benommenheit, Pupillen stecknadelkopfgross, Lippen cyanotisch, Kiefer fest an einander gepresst, Kopf schlaff herabhängend, Extremitäten kühl und schlaff, vor dem Munde etwas Schaum, Respiration sehr oberflächlich, manchmal aussetzend, Puls unregelmässig, schwach fühlbar, Herztöne schwach hörbar, deutliches Trachealrasseln, intensiver Bromoformgeruch aus dem Munde. Therapie: $1^1/_2$ Spritzen Ol. camphorat. subkutan. Sodann wurde Pat. auf ein Sopha so gelagert, dass der Kopf nach hinten überhing, die Kiefer wurden durch eine Mundsperre weit auseinander gehalten, die Zunge mit einer Zungenzange stark hervorgezogen und einem Gehilfen zum Fixieren übergeben, alsdann wurde der mit einem Gazelappen umwickelte Finger in Zwischenräumen von etwa 1 Minute tief in den Larynx eingeführt, um Schleimmassen und Speichel herauszuholen; nachdem diese Manipulation etwa 30 Minuten fortgesetzt und zwischendurch auch künstliche Atembewegungen gemacht wurden, hörte das Trachealrasseln auf und die Respiration wurde freier. Dann wurden nochmals $1^1/_2$ Spritzen Kampferöl injiciert und die Körperhaut durch energisches Reiben mit Massageinstrumenten gereizt. Etwa 10 Minuten darauf schlug das Kind die Augen auf, die Pupillen wurden gross, die Herzthätigkeit kräftiger. Ein warmes Bad mit kalten Uebergiessungen auf Kopf, Brust und Rücken genügten vollends, um das Kind wieder herzustellen, das ohne weiteren Schaden davon kam.

---

153) **Hauser.** Cor bovinum bei einem 11 monatlichen Kinde.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 51.)

H. demonstrierte in der Berliner medic. Gesellschaft (17./IV 96) die Organe eines 11monatlichen Kindes, das, von gesunden Eltern stammend, bis Ende Januar d. J. gesund war. Da erkrankte es an Keuchhusten, der zwar uncompliziert blieb, aber recht intensiv sich geltend machte (50—60 Anfälle pro die bis zu 5 Minuten Dauer). Trotzdem schien das Kind genesen zu wollen, auch inzwischen aufgetretene Zeichen von Rhachitis besserten sich, da begann sich Anfang Mai eine progressive Anaemie und Dyspnoë zu zeigen. Die Ursache war unklar; das Kind hatte sehr gute Pflege, es bestand keine Temperaturerhöhung, objectiv war nichts nachweisbar, ausser etwa ein geringer Erguss im rechten Pleuraraum und eine grosse Leber, wie sie ja bei anämischen und rhachitischen Kindern sich häufig findet. Unter Zunahme der Erscheinungen erfolgte Exitus letalis. Die Section ergab an allen Unterleibsorganen einen hohen Grad von chronischer Stauung, der schon monatelang bestanden haben



musste; Leber sehr gross, fettig metamorphosiert, Nieren braun induriert, sogar Pankreas und Milz im Zustand chronischer Stauung, ausserdem stärkere seröse Infiltration im Mesenterium und Beckenbindegewebe, sowie geringeren Hydrothorax, Hydropericardium und Ascites. Das Herz war enorm dilatiert, rechter und linker Ventrikel stark hypertrophisch. Diese Dilatation und Hypertrophie ist wohl so zu erklären, dass durch die so häufigen und schweren Hustenanfälle eine mächtige Stase, mit der Zeit eine Blutdrucksteigerung nicht nur in den venösen, sondern rückläufig auch in den arteriellen Gefässen geschaffen wurde, sodass beide Ventrikel grössere Widerstände zu überwinden hatten; dazu kommt noch der Umstand, dass infolge der enormen Anstrengung der Atmungs-, Arm- und Rumpfmuskulatur in den Anfällen eine erhebliche Mehrarbeit für das Herz entstand.

---

154) **J. McConnell.** A case of aortic incompetency and stenosis.

(Montreal med. journ. August 1895. — Centralblatt f. innere Medicin 1896. No. 17.)

15jähriger Knabe, behaftet mit hochgradiger Stenose und Insufficienz der Aortenklappen, wie die klinische Beobachtung und Section lehrten. Pat. hat nie Rheumatismus, Chorea, Scarlatina durchgemacht, nur einige leichte Anfälle von Perityphlitis gehabt.

---

155) **Fr. Röhrle.** Chorda tendinea congenita in Aorta.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896. No. 17.)

Bei einem 2monatlichen, an einer katarrhalischen Ileo-colitis verstorbenen Kinde fand R. bei sonst ganz normalen Verhältnissen in der Aorta eine ziemlich stark gespannte, sehnige Saite, welche ihren Anfang am Berührungspunkte des linken Endes der Valvula semilunaris sinistra mit dem linken Ende der Valvula semilunaris poster. nahm und am Berührungspunkte des linken Endes der Valvula semilunaris dextra mit dem anderen Ende der Valvula semilunaris sinistra endigte. Sie ging also nicht durch das Centrum des Querschnittes der Aorta und war daher auch keine Chorda im geometrischem Sinne des Wortes. Anfang und Ende waren fadenförmig und dünn, nach der Mitte zu nahm die Stärke zu, und im Diameter betrug die Dicke bis zu 0,5 mm. Die Form erinnerte an einen bauchförmigen Muskel.

Die Aetiologie dieser seltenen Anomalie ist unbekannt. Sie selbst bringt keinerlei Störungen später hervor.

---

156) **H. Kossel.** Zur Statistik der Serumtherapie gegen Diphtherie.

(Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin).

(Deutsche medic. Wochenschr. 1896. No. 22.)

Der Hauptvorwurf, welcher den statistischen Berechnungen der Anhänger der Serumtherapie häufig gemacht wird, ist der, dass sie die



Herabsetzung der Mortalität an ihren Krankenhäusern aus der Vergleichung der früheren und der jetzigen procentualen Sterbeziffer folgen. Gottstein meinte, dass die gesteigerte Aufnahme von Diphtheriekranken in die Krankenhäuser, welche in der ersten Zeit nach der Einführung des neuen Mittels thatsächlich eingetreten war, schon an sich eine Herabsetzung der procentualen Mortalität herbeiführen musste; „wirklich beweisend sind vorläufig nur Zahlenverhältnisse, in welchen eine Vermehrung der Frequenz und gleichzeitig eine Abnahme, nicht der procentualen, sondern der absoluten Mortalitätsziffer sich findet.“

Dieser Forderung Gottstein's sucht nun K. zu genügen, indem er folgende Tabellen ins Treffen führt:

Tabelle I.
Aufnahme und Sterblichkeit an Diphtherie in der Charitée.

Jahr	Aufnahme		Davon starben	
1886	116	Durchschnitt 146	51	Durchschnitt 78
1./I. 1887 bis 31./III. 1888	157		86	
1./IV. 1888 bis 31./III. 1889	163		92	
1889/90	167		87	
1890/91	140		83	
1891/92	104		65	
1892/93	152		83	
1893/94	168		77	
1894/95	306	Durchschnitt 285	41	Durchschnitt 40
1895/96	265		39	

Wir sehen also die Sterblichkeit vom Jahre 1894/95 an auf die Hälfte des Durchschnitts der vorhergehenden 8 Jahre sinken, trotzdem die Aufnahme auf das Doppelte desselben Durchschnitts gestiegen ist. In der Charitée wurden seit Beginn des Berichtsjahres 1894/95 mit vereinzelten Ausnahmen alle an Diphtherie erkrankten Kinder mit Serum behandelt, während in den meisten Krankenhäusern 1894 die Serumtherapie noch nicht vollständig durchgeführt worden ist. Es ist daher nicht zu verwundern, dass das Absinken der absoluten Mortalität in sämtlichen Berliner Krankenhäusern 1894 noch kein so auffallendes ist, wie in der Charitée.

Tabelle II.
Aufnahme und Sterblichkeit an Diphtherie in sämtlichen Berliner Krankenhäusern.

Jahr	Aufnahme	Davon starben	Jahr	Aufnahme	Davon starben
1885	1928	789	1891	1764	623
1886	1738	609	1892	2074	837
1887	1636	598	1893	2450	951
1888	1446	523	1894	2890	804
1889	1623	573	1895	3061	484
1890	1792	695			

Auch hier ist 1894 ein schwächeres, 1895, gegen dessen Ende eine sehr schwere Epidemie herrschte, ein beträchtliches Absinken der absoluten Mortalität bei seit 1891 stetig ansteigender Aufnahmeziffer zu bemerken. Man sieht ausserdem, dass 1895 absolut am wenigsten Menschen an Diphterie gestorben sind. Das ihm am nächsten stehende Jahr 1888 mit 523 Todesfällen hat eine um mehr als die Hälfte geringere Aufnahmeziffer aufzuweisen. Die Forderung von Gottstein ist daher 1895 auch in der Gesamtzahl der Berliner Krankenhäuser erfüllt, trotzdem nicht allenthalben Serum angewendet wurde.

Tabelle III.
Angemeldete Erkrankungen und Todesfälle an Diphtherie in ganz Berlin.

Jahr	Anmeldungen	Todesfälle	Jahr	Anmeldungen	Todesfälle
1886	6968	1662	1891	3504	1106
1887	5438	1392	1892	3683	1342
1888	4190	1195	1893	4315	1637
1889	4220	1210	1894	5220	1416
1890	4586	1601	1895	6106	987

Also auch hier dasselbe Bild. Die Diphtheriemortalität steigt und sinkt in der Tabelle II und III genau entsprechend dem Steigen, resp. Sinken der Aufnahme- resp. Meldeziffer, d. h. nur bis 1894. Von diesem Jahre ab steigt die Aufnahme- resp. Meldeziffer weiter, während die Sterbeziffer erst langsam und dann schneller absinkt.

Tabelle IV.
Todesfälle an Diphtherie in deutschen Städten über 15000 Einwohner.

Jahr	Absolute Zahl der Todesfälle an Diphtherie	Auf 100000 Einwohner starben an Diphtherie	
1886	12211	124	Durchschnitt 106
1887	10970	107	
1888	10142	96	
1889	11919	108	
1890	11915	105	
1891	10484	84	
1892	12365	97	
1893	16557	130	
1894	13790	101	
1895	7611	53	

Auch diese Tabelle zeigt ein stetiges Ansteigen vom Jahre 1891 ab und 1895 einen plötzlichen Abfall bis auf die Hälfte des Durchschnitts der 9 Jahre 1886—94. Durch die vorliegenden Tabellen wird auch die vielfach aufgestellte Behauptung, die Diphtherie habe schon vor der Einführung der Serumtherapie seit Anfang der 90er Jahre abgenommen, direkt widerlegt.

Tabelle V.
Sterblichkeit an Diphtherie in Paris in den letzten 10 Jahren.

Jahr	Todesfälle an D.	Jahr	Todesfälle an D.
1886	1524	1891	1363
1887	1565	1892	1398
1888	1718	1893	1262
1889	1706	1894	993
1890	1639	1895	411

Diese Tabelle bedarf wohl keines Commentars!

---

157) **Virneisel.** Zur Casuistik der Serumtherapie der Diphtherie.
(Aus dem Bürgerhospital zu Coblenz.)
(Münchener medic. Wochenschrift 1896. No. 19.)

Bericht über 150 mit Serum (Behring und Schering) behandelte Fälle. Davon wurden geheilt 131 (87,3%), starben 19 (12,7%). Es waren darunter 64 schwere Kehlkopfdiphtherien, von denen 5 fast Moribunde nur tracheotomiert und injiciert wurden, um ihnen die Chancen der Rettung nicht zu nehmen; nach Abzug dieser würde die Mortalität nur 9,3% betragen. 7 der Injicierten waren unter 1 Jahr alt; davon starben 2 = 28,6% (Knabe, 8 Monate alt, mit Nasen- und Rachendiphtherie, konnte nicht genügend ernährt werden, und ein 10 Monate altes Mädchen starb 10 Tage nach der Tracheotomie an Pneumonie), von den übrigen 5 mussten 3 im Alter von 8, 9 und 10 Monaten tracheotomiert werden, sie wurden nach 11, 12 und 18 Tagen geheilt entlassen, die beiden anderen, 7 und 9 Monate alt, überstanden glücklich eine heftige Bronchitis und beginnende Larynxstenose. Im Alter von 1—5 Jahren befanden sich 98, davon starben 14 (= 14,3%), von 6—10 Jahren 25 mit 3 Todesfällen (= 12%) und über 10 Jahren 20 mit 0% Mortalität. Je früher die Serumtherapie eingeleitet wurde, desto grösser waren die Heilerfolge, denn

von 22 am 1. Krankheitstage Injicierten wurden geheilt 22, starben 0
„ 50 „ 2. „ „ „ „ 45, „ 5
„ 15 „ 3. „ „ „ „ 14, „ 1
„ 15 „ 4. „ „ „ „ 14, „ 1
„ 5 „ 5. „ „ „ „ 5, „ 0
„ 15 n. d. 5. „ „ „ „ 8, „ 7
„ 28 an unbest. „ „ „ „ 24, „ 5.

Bei den Injicierten war der diphtheritische Process auf Mandeln, Uvula etc. 60mal lokalisiert, 6mal auf Nase und Rachen, 8mal mit gleichzeitiger Beteiligung des Kehlkopfes, 76mal war hauptsächlich der Kehlkopf befallen: von letzteren wurden 64 tracheotomiert (Tracheotomia infer.) mit 15 Todesfällen (= 23,4%).

Die Wirkung des Serums zeigte sich am augenfälligsten bei der Tonsillarhypertrophie: heute noch dicke Beläge auf beiden Mandeln, morgen vielleicht nur geringe, vielleicht keine Spuren mehr von demselben; das sind nicht gerade seltene Fälle. Viel erfreulicher aber ist die Thatsache, dass das Serum eine drohende Fortpflanzung des diphtheritischen Processes auf den Kehlkopf zu verhindern und der bereits bestehenden Kehlkopfdiphtherie einen milderen und rascheren Verlauf zu geben vermag. Von den 8 Fällen von Nasenrachendiphtherie mit Beteiligung des Kehlkopfs gelangte keiner zur Tracheotomie; von den 76 Kehlkopfdiphtherien, die zur Vornahme der Tracheotomie dem Hospital überwiesen waren, brauchten 12 nicht tracheotomiert zu werden, da die bedrohlichen Symptome nach den Injectionen zurückgingen; von den 64 Tracheotomierten endlich, die meist im Zustande äusserster Dyspnoë zur Aufnahme gelangten und fast sofort operiert werden mussten, wurden 49 geheilt, starben nur 15 (= 23,4%), ein nie dagewesener Erfolg!

Schädliche Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. 2mal entwickelte sich ein urticariaähnliches, 4mal ein masernartiges Exanthem, 1mal wurde über Gelenkschmerzen geklagt. Lähmungen kamen 6mal vor, 1mal Herzlähmung, 5mal Gaumenlähmung.

Ein Unterschied zwischen der Wirkungsweise des Behring'schen und Schering'schen Serums konnte nicht gefunden werden.

---

158) **M. Kassowitz**. Wirkt das Diphtherieheilserum beim Menschen immunisierend?

(Wiener medic. Wochenschrift 1896. No. 23.)

Aus Anlass des Falles Langerhans hat K. die ganze diesbezügliche Litteratur kritisch durchforscht. Das Resultat ist ein vernichtendes Urtheil über die Serumimmunisierungsmethode, zusammengefasst in folgenden Sätzen:

1. Weder das Ueberstehen einer schweren Diphtherie, noch die Applikation einer grossen Menge von „Immunisierungseinheiten" zum Zwecke der Heilung derselben ist imstande, beim Menschen eine Unempfänglichkeit gegen die diphtheritische Infection herbeizuführen.
2. Nach grösseren oder kleineren Immunisierungsdosen sind die Erkrankungen an Diphtherie geradeso häufig wie ohne dieselben.
3. Die Erkrankung der „immunisierten" Individuen kann zu jeder Zeit, sowohl nach wenigen Tagen, als auch noch Wochen und Monaten erfolgen.
4. Die diphtheritische Erkrankung der angeblich Immunisierten ist sehr häufig eine schwere und hat in vielen Fällen trotz neuerlicher Anwendung grösserer Serummengen zum Tode geführt.
5. Es muss also der Versuch, den Menschen auf künstlichem Wege gegen die Diphtheriekrankheit immun zu machen, wenigstens vorläufig als gescheitert angesehen werden.

---

159) J. Bernheim. Ueber verzweigte Diphtheriebacillen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 20.)

Einer Aufforderung von Prof. Widerhofer folgend, berichtet B. der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (8. Mai 96) über einen im Anna-Kinderhospital bei der mikroscopischen Untersuchung diphtheritischer Exsudate gemachten Befund. Es handelt sich um das Vorkommen echter Verzweigungen des Diphtheriebacillus. Neben den bekannten Formen, den Stäbchen und Keulen, sieht man in einzelnen Fällen in grosser Zahl, in anderen nur vereinzelt, kürzere oder längere Fäden, welche seitlich eine bis mehrere Knospen verschiedener Länge abgeben. Eine zweite Verzweigungsform ist die, dass von einer kürzeren oder längeren Keule am dickeren Ende 2 Zweige entspringen, welche selbst wieder verzweigt sein können, sodass hirschgeweihähnliche Gebilde entstehen. Streicht man von Belegen, die Verzweigungen enthalten, etwas auf Blutserum, so sieht man auch hier in einzelnen Colonien neben Keulen und Stäbchen verzweigte Formen entstehen; wird von hier wieder auf Agar und Bouillon übertragen, so treten ebenfalls Verzweigungen auf, in den beiden letzten Nährböden allerdings weniger häufig, als auf Blutserum. In Eiculturen nach Fränkel's Vorschrift traten die verzweigten Formen am reichlichsten auf, glichen aber wegen ihrer bizarren Formen am wenigsten dem in den Membranen Gesehenen.

---

160) Philipps. Ein schwerer Fall von Varicellen.

(Brit. med. Journ. Novemb. 1895. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896. No. 12).

Ein 4jähriges Kind wurde wegen Scarlatina ins Hospital gebracht. 5 Tage später bekam es unter Temperatursteigerung Varicellen, die sich rasch über den ganzen Körper ausbreiteten, der, mit Ausnahme von 4 grossen Vaccinationsnarben am linken Arme, besät erschien von zahllosen Bläschen. Letztere zeigten keine centrale Vertiefung, obwohl viele von ihnen breit und flach und von einem roten Hof umgeben waren und so an echte Pocken erinnerten. Der Inhalt war zuerst klar, dann trübe, und er trocknete am 5. Tage zu einer braunen Kruste ein, die dann abfiel. Auch auf der Schleimhaut des Mundes und weichen Gaumens sah man Bläschen. Die Affection hinterliess zahlreiche vertiefte Narben, namentlich im Gesicht.

Ausser der ungewöhnlich raschen universellen Verbreitung der Varicellen, ihrer Gestalt und der Narbenbildung ist bei dem Falle interessant, dass das Varicellengift schon vor Ausbruch des Scharlachs im Körper gewirkt haben muss, da vor Aufnahme des Kindes im Hospital kein Fall von Varicellen vorgekommen war. Das Kind wurde zwar isoliert, aber trotzdem erkrankten alle Insassen der Abteilung an Varicellen.

---

161) **J. Lange.** Ein Fall von gleichzeitiger Infection mit Scharlach und Masern.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1896. Bd. XLII. Heft 1.)

Ein bis dahin gesundes Kind erkrankt fast ohne jede Prodromalerscheinungen ganz acut mit Erbrechen, hohem Fieber und sehr beschleunigtem Puls, Kopfschmerz, Delirien und Angina, sowie Drüsenschwellungen am Halse und schwach angedeutetem, scarlatina-ähnlichem Exanthem am Halse und an den Wangen. Das Exanthem entwickelt sich bis zum 4. Krankheitstage langsam weiter, unter erst steigenden, dann zurückgehenden Allgemeinerscheinungen, und am 6. Tage beginnt eine grosslamellöse Abschuppung im Gesicht und am Halse, um erst nach ca. 6 Wochen vollständig zu verschwinden. Am 5. Tage, also vor Beginn der Abschuppung, treten multiple, offenbar seröse Gelenkentzündungen auf, die nach kurzer Dauer spurlos verschwinden. Am 8. Tage beginnt unter wieder mässig ansteigendem Fieber ein Katarrh der oberen Luftwege und der Cunjunctiven, der sich zunächst mit Sinken der Temperatur scheinbar bessert. Am 10. und 11. Tage wieder rapides Ansteigen der Temperatur bis auf 40,5° unter Steigerung sämtlicher katarrhalischer Erscheinungen, wobei die Pulsfrequenz nicht die Höhe erreicht, wie beim ersten Exanthem, und am 11. Tage Auftreten eines typischen Masernexanthems, dem ein Schleimhautexanthem kurz vorausgeht. Bei fortdauernder Scharlachdesquamation tritt am 16. Tage eine charakteristische mehlförmige Abschuppung von nur kurzer Dauer im Gesicht und am Halse auf. Betrachtet man die Fiebercurve genauer, so präsentieren sich 2 typische Abschnitte, der erste charakteristisch für relativ leichte Scarlatina, der zweite für etwas lytisch verlaufene intensive Morbillen. Hierzu tritt als Nachkrankheit eine einseitige eitrige Mittelohrentzündung und schliesslich gegen Ende der 6. Woche eine mässige seröse Peritonitis auf, die beide glatt abheilen.

Interessant ist der Fall auch in ätiologischer Beziehung, indem die Infectionsquelle ganz genau auf Tag und Stunde fast eruierbar ist. Pat. kommt am 22./VI. nach mehrtägiger Unterbrechung in Contact mit anderen Kindern, von denen 2 notorisch noch lamellöse Abschuppung nach Scharlach aufweisen und ein drittes wegen Kartarrh und roter Flecken im Gesicht fortgeschickt wird, und erkrankt nach einer Incubationszeit von 3mal 24 Stunden an Scharlach; am 2./VII., d. h. am 11. Tage treten die prodromalen Masernkatarrhe auf, und am 5./VII., dem 14. Tage seit der Infection, sehen wir das typische Masernexanthem erscheinen.

Was nun die Frage betrifft, ob sich in solchen Fällen die Exantheme gegenseitig irgendwie beeinflussen, so weichen die Ansichten darüber ab. Johanessen, Grancher und Besse beurteilen Scharlach nach Masern günstig, umgekehrt Masern nach Scharlach prognostisch sehr ungünstig, Flesch meint dagegen, dass die nachfolgenden Masern den Scharlach abschwächen, und analog äussert sich Steiner, dass nämlich die ältere Infection durch die jüngere günstig beeinflusst wird, gleichgültig, ob sie nun Masern oder Scharlach heissen

mag. L. läugnet jede Beeinflussung ab. Nur kann der Fall eintreten, dass eine Erkrankung, wie z. B. ein schwerer Scharlach auf den Pat. stark schädigend einwirken kann, sodass die nachfolgenden Masern nun dem geschwächten Organismus ganz bedeutend gefährlicher werden können, und ebenso umgekehrt; aber das ist nicht auf Rechnung des specifischen Masern- und Scharlachgiftes zu setzen, jede andere schwächende Krankheit würde ebenso wirken!

---

162) **J. Danziger.** Ueber Behandlung einseitiger chronischer Ohrkatarrhe und über Ursachen derselben.

(Therap. Monatshefte 1896. No. 6.)

D. macht darauf aufmerksam, dass Ohrenleiden, besonders einseitige, sehr häufig von anormalen Zuständen der Nase und des Nasenrachenraumes, wie namentlich adenoiden Wucherungen, ferner auch hypertrophischen Tonsillen und hypertrophischen Nasenmuscheln abhängig sind, nach deren Beseitigung die Ohraffectionen fast ohne jede weitere Behandlung glatt abheilen. Besonders bei Kindern ist der Zusammenhang ein ungemein inniger, und sollte man nie bei Erkrankungen des Ohres die Untersuchung jener Organe unterlassen.

---

163) **A. Eitelberg.** Durchbruch von Abscessen des unteren Parotislappens durch die untere Gehörgangswand.

(Wiener medic. Presse 1896. No. 17.)

Dass parotitische Abscesse sich in den äusseren Gehörgang eröffnen, ist nicht selten; sie brechen in der Regel an der vorderen Wand durch. Der folgende Fall unterscheidet sich also von der Regel und ist noch darum interessant, weil längere Zeit hindurch sich keine Anhaltspunkte für die Diagnose einer Parotitis darboten.

Der 10monatliche Pat., der vor ein paar Wochen einen Darmkatarrh durchgemacht hatte, ist seit einigen Tagen wieder sehr unruhig, zeitweilig fiebernd, schlaf- und appetitlos, und hält den Kopf stets gegen die linke Schulter geneigt. Beide Trommelfelle zeigen vollkommen normalen Befund, selbst die geringste Spur einer Injection der Gefässe längs des Hammergriffs fehlt. Auch die äusseren Gehörgänge normal. In der Gegend des rechten Unterkiefergelenks eine intumescierte Drüse abtastbar, links nicht, doch hier die bezeichnete Region scheinbar druckempfindlicher. 1% ige Jodsalbe und Dunstumschläge.

10 Tage später sah E. den Pat. wieder, der die ganze Zeit hindurch weiter unruhig gewesen war. Es hatte sich in dem Winkel zwischen Unterkiefer, Warzenfortsatz und äusserem Gehörgang eine etwa haselnussgrosse Geschwulst gebildet und in der letzten Nacht sich pötzlich aus dem linken Ohre eine enorme Menge eines grünlichen, fetzigen Eiters ergossen, worauf sofort die Geschwulst gesunken, der Pat. wieder munter war und die lange verweigerte Nahrung, den Kopf gerade haltend, zu sich genommen hatte. Auch jetzt Trommelfell intakt, in der unteren Gehörgangswand die Stelle deutlich wahrnehmbar, aus welcher der Eiter noch immer in grosse Mengen hervorquoll. Das ging so durch 24 Stunden, dann versagte auf einmal die Eiterung, es traten wieder Schmerzen auf, die Geschwulst zeigte die frühere Grösse. Aber schon nach einigen Stunden neuerlicher reicher Erguss, worauf die Geschulst rasch und gänzlich verschwand. 2—3 Tage später vollkommene Genesung.

Die Duplicität der Ereignisse brachte bald einen zweiten, allerdings etwas anderen Fall zur Beobachtung:

8jähriges Mädchen erkrankt vor 3 Wochen an Morbilli, die einen normalen Verlauf nahmen. In der 3. Woche der Erkrankung aber sehr heftige Schmerzen im linken Ohre. Am nächsten Tage spontane Perforation des Trommelfells mit profuser Otorrhoë. Sodann Pat. tagsüber schmerzfrei, allmählich aber stundenlang von rasendsten Schmerzen geplagt. Ohrbefund bot nichts Besonderes: Warzenfortsatz nicht druckempfindlich, sehr mässige Secretion, Pat. bei Appetit und munter, die oben näher beschriebene Halspartie aber etwas geschwollen und bei Druck stark schmerzhaft; an der unteren Gehörgangswand eine Stelle gerötet und etwas vorgewölbt. Schon Tags darauf an dieser Stelle Eiterdurchbruch, enormer Erguss, worauf die Schmerzen sistierten und nach etwa 10 Tagen vollkommene Genesung.

---

164) L. Fürst. Zur Behandlung von Rhagaden und Coryza sicca kleiner Kinder.

(Therap. Monatshefte 1896. No. 6.)

F. hat bisher gegen die Rhagaden an der äusseren Nasenöffnung 2mal tägliche Pinselungen mit 1%iger Höllensteinlösung mit Erfolg angewandt, ist aber, trotzdem er dadurch die hartnäckigsten Risse in wenigen Tagen beseitigte, nie so recht mit dieser Therapie zufrieden gewesen, weil sie ja die Trockenheit und Sprödigkeit der Nasenschleimhaut selbst, welche immer wieder zur Bildung neuer Rhagaden Veranlassung gab, unbeeinflusst liess. Um nun auch die Nasenschleimhaut wieder locker, weich und feucht zu machen und die Drüsen zu reichlicher Secretion anzuregen, hat sich folgendes Verfahren bestens bewährt. Man spritzt oder besser lässt einfliessen in jede Nasenhälfte 2mal täglich lauwarm folgende Lösung:

Rp. Natr. chlorat. 0,5
Acid. boric. 1,0
Aq. dest. 100,0.

Ist die Flüssigkeit aus den Nasenhöhlen wieder abgeflossen, so trocknet man letztere nicht aus, sondern wartet 2—3 Minuten und pinselt dann, nachdem man etwaige gelockerte Krusten entfernt hat, eine dünne Schicht Boroglycerin-Lanolin (Graf) ein, dabei so hoch hinaufgehend, dass man auch die Oberfläche der Muscheln mit bestreicht, und nicht unterlassend, gerade der Nasenöffnung, sowie etwaigen Rhagaden besondere Sorgfalt zu widmen. In den ersten 2—3 Tagen kann man vor der Nasenspülung die Höllensteinpinselung vornehmen, später ist das nicht mehr erforderlich.

---

165) L. Knapp. Fall von Facialisparese bei einem Neugeborenen nach spontaner Geburt.

(Aus der deutschen geburtshilfl. Klinik in Prag.)

(Centralblatt für Gynäkologie 1896. No. 27.)

Eine IIIpara mit mässig allgemein verengtem Becken gab spontan nach $26^1/_2$ Stunden Geburtsdauer einem 4000 gr schweren Knaben das Leben, der, in 1. Hinterhauptslage geboren, folgenden Status

darbot: ca. 3 cm vom Arcus superciliar. sin. nach aussen und aufwärts gelegen eine mit nach oben concavem Rand versehene, ca. 4 mm tiefe Impression des linken Stirnbeins, übergreifend aufs Scheitelbein, die Coronalnaht in ihrem untersten Drittel überschreitend, der Form und Grösse dem vorspringendsten Teile des Promontoriums des mütterlichen Beckens entsprechend. In der Umgebung der Impression, woselbst die Haut bis auf den Knochen usuriert erscheint, collaterales Oedem nach vorn, unten und aufwärts von der Druckstelle und zwar bis knapp an den äusseren Gehörgang und gegen die grosse Fontanelle sich erstreckend. Starke Kopfgeschwulst am rechten Scheitelbein, auf die Hinterhauptsschuppe übergreifend, links Stirn- und Scheitelbein ausserdem stark unter die entsprechenden Knochen der rechten Seite unterschoben. Linke Lidspalte vollkommen geschlossen. Gesichtsausdruck der linken Hälfte schlaff, Nasolabialfalte fehlt, Mundwinkel herabhängend, beim Schreien rechter Mundwinkel viel höher stehend, reichliche Salivation.

Schon Tags darauf ist die Parese zum Teil gebessert, 14 Stunden post partum öffnet das Kind die Augenspalte und bald ist die Affection ganz verschwunden.

Die Impression befand sich gerade an der Stelle des Knochens, unter welcher man das motorische Centrum für den N. facialis lokalisiert. Dennoch spricht gegen die Annahme einer centralen Ursache der Parese nach K. erstens das rasche Verschwinden der letzteren, dann der Umstand, dass in Fällen centraler Ursachen von Facialisparesen bei der Nähe der Centren für Arm, Bein und Hypoglossus auch eine Parese dieser Nerven infolge collateralen Oedems der betreffenden Hirnpartien wohl Regel ist. K. hält also die Parese für eine periphere, bedingt durch das hochgradige Oedem der Haut in der Umgebung der Impressionsstelle, welches wohl einzelne Nervenfasern des Facialis comprimierte.

---

166) **Geyl.** Eine peripherische Facialisparese bei einem Neugeborenen nach einer durchaus normalen Geburt.

(Centralblatt für Gynäkologie 1896. No. 24.)

Das betreffende Kind bot ausser der rechtsseitigen Facialisparalyse noch folgende Eigentümlichkeiten dar: An den Ohren waren die Furchen zwischen Tragus und Concha tiefer und schmaler, als üblich; die Ohrmuscheln, namentlich die oberen Hälften standen ziemlich weit vom Schädel entfernt; beide Ohrhälften liessen sich bequem an einanderlegen, sodass die beiderseitigen äusseren Flächen einander vollständig berührten, und während dieses Manövers traf man nicht auf den Widerstand, welcher sonst von den fest angehefteten Tragus und Helix geboten wird. Endlich sah man über der Nase einen roten Flecken und 2 ebensolche auf den Wangen; diese Flecken schälten sich.

Nach diesem Befund urteilt G., dass die Parese durch Kompression infolge adhärenter Amnionstränge während der Gravidität entstanden sei, worauf zuerst Olshausen aufmerksam gemacht hat; ein oder mehrere Amnionstränge müssen den Schädel umschnürt haben.

Die Affection bestand die ersten 2 Wochen unverändert fort, dann wurde elektrische Behandlung eingeleitet, und durch 4 Sitzungen ein solcher Erfolg erzielt, dass die weitere Genesung der Natur überlassen wurde.

---

167) **Lesser.** Fall von Hypertrichosis universalis.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896. No. 11.)

L. demonstriert im Med.-pharmac. Bezirksverein Bern (25. Febr. 1896) ein 6jähriges Mädchen, das bei der Geburt normal gewesen und nach Aussage der Mutter erst vor 2 Jahren die Haaranomalie aufzuweisen angefangen haben soll. Jetzt ist die Behaarung des ganzen Körpers, besonders der Unterextremitäten, wesentlich stärker als bei einem stark behaarten Manne; die Schamhaare sind sehr stark, ein ordentlicher Backenbart entwickelt; die Kopfhaare sind normal. Pat. hat Brüste mit entwickelten Warzen und Warzenhöfen wie bei einer Erwachsenen, der ganze Habitus, die äussere Form des Beckens sind ebenfalls wie bei einer Erwachsenen. Im Alter von 3 Jahren hatte Pat. die erste Menstruation, reichlich, von 6—7tägiger Dauer; in den nächsten $1^1/_2$ Jahren wiederholte sie sich mit annähernd regelmässigen Pausen 8—9mal, seit $1^1/_2$ Jahren ist sie aber ausgeblieben. Auch die geistige Entwickelung der Pat. ist eine auffallend vorgeschrittene. Ueber sexuelle Regungen ist nichts bekannt, doch kratzt sich das Kind an den Genitalien.

Die Eltern und die älteren Geschwister zeigen keine abnorme Haarentwickelung, die nächstälteren Brüder (16 und 12 Jahre) zeigen dagegen frühzeitige Entwickelung des Bartes.

---

168) **Thiemich** und **Papiewski.** Ueber Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Gärtner'scher Fettmilch.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XLI. Heft 3/4.)

37 Beobachtungen (2 klinische und 35 poliklinische) mit Gärtner'scher Milch bei Magendarmaffectionen. Es starben 11 (30 %). Aus dieser Mortalität darf ein Schluss auf Unbrauchbarkeit des Präparates nicht gezogen werden, da zum Teil schwer erkrankte Kinder in Betracht kamen. Dagegen kommt in Frage die Thatsache, dass von diesen 11 Kindern 6 während einer mehr oder weniger langen Ernährung mit Fettmilch einer schweren gestrointestinalen Allgemeininfection im Laufe weniger Tage erlagen; von einem guten Nährmittel müssen wir verlangen, dass es solche Ereignisse verhindert. Bei einer anderen Gruppe von Kindern nahm während oft monatelang fortgesetzter Fettmilchernährung das Körpergewicht stetig, oft in grossen Sprüngen ab, der erkrankte Magendarmkanal fand keine Möglichkeit, sich zu restituieren. Die 5 Todesfälle hier betreffen ausnahmslos schwerkranke Kinder, die selbst bei rationell durchgeführter Brusternährung kaum zu retten gewesen wären; zweifellos giebt es Krankheitsformen — hochvirulente septische Infectionen oder parenchymatöse Degenerationen lebenswichtiger Organe —, bei denen ein Kind überhaupt nicht mehr ernährbar ist. In eine etwas andere Beleuchtung tritt aber dieser Punkt dadurch, dass 6 von diesen Kindern

in der That später bei einer anderen künstlichen Ernährung zunahmen; die Mütter blieben nämlich aus der Poliklinik weg und ernährten die Kinder nach eigenem Ermessen, mit Kuhmilch und Haferschleim oder Gries oder Zwieback u. s. w., wobei sofort rasche, anhaltende Besserung und Gewichtszunahme zu constatieren waren. Das heisst natürlich nicht, letztere Ernährung ist durchaus rationeller, aber es bestätigt die Thatsache, dass wir bis heute nicht imstande sind, vorher zu sagen, wenn dieses, wenn jenes Nährmittel angewendet werden muss, dass wir also die Indicationen für die einzelnen Nährmittel nicht kennen. Es bleibt ferner noch eine Gruppe von Kindern übrig, bei denen sich der schlechte Ernährungszustand während des Fettmilchgebrauches nicht oder nur unerheblich besserte oder bei denen die Gewichtszunahme nicht den Erwartungen entsprach, welche man hegen durfte in Rücksicht auf den kurzen Bestand und die Art der Erkrankung. Ein Fall in dieser Gruppe zeigte, wie lange unter Umständen der Darm braucht, um sich soweit zu restituieren, dass eine befriedigende Gewichtszunahme eintreten kann; nachdem das Kind fast $1^1/_2$ Monate nicht zugenommen, nimmt es später 23 gr täglich zu. Die letzte Gruppe umfasst endlich gut genährte Kinder mit frischen Magendarmstörungen; die Zunahmen, die erreicht wurden, 23, 22, 20 gr, überschreiten die Werte nicht, welche man mit Kuhmilchverdünnungen oder Sahne in analogen Fällen erreicht.

Die Autoren fassen ihre Erfahrungen kurz in dem Satze zusammen: „Die Fettmilch hat uns bei kranken Kindern weder in den vornherein günstigen Fällen Besseres, noch in den zweifelhaften Sichereres geleistet, als die Kuhmilchverdünnungen; sie ist aber nicht weniger zur Säuglingsernährung zu empfehlen als diese“.

---

169) **B. Bendix.** Dr. Bassfreund's Dampf-Sterilisier-Apparat.

(Wiener medic. Presse 1896. No. 20.)

Der Apparat, den B. im letzten Jahr vielfach als brauchbaren Ersatz des Soxhlet erprobt hat, beruht im Princip darauf, dass der in einem kleinen, mit 400 gr Wasser gefüllten Kessel durch Erhitzen mittelst einer Spiritusflamme erzeugte Wasserdampf durch Gummischläuche direkt in die Milchflaschen zur Sterilisation der Milch geleitet wird. Um die Luft aus den Milchflaschen zu verdrängen, befindet sich am Hals der Flasche eine kleine Oeffnung, durch welche dieselbe entweichen kann; nach 15 Minuten langem Kochen verschliesst man diese Oeffnung durch einen kleinen Gummiring. Natürlich wird der zum Sieden verwandte Wasserdampf zunächst in der Milch condensiert, und es tritt dadurch Verdünnung derselben ein. Die Milchflasche hat eine Scala von 1—9 Strich, bis zu welchen man je nach dem Alter des Kindes die Flasche füllt; also im 1. Monat bis Strich I (115 gr), im 9. Monat bis Strich IX (200 gr). Je nach der Füllung der Flasche mit Milch reguliert sich auch die Verdünnung; so hat sich z. B. bei einer Füllung bis Strich I (115 gr) nach der Sterilisation eine Flüssigkeitsmenge von 150 gr ergeben, bei Füllung bis Strich V (160 gr) eine solche von 200 gr, bei

Füllung bis Strich IX (200 gr) eine solche von 260 gr. Nach dem 9. Monat ist der Apparat nicht mehr zu benutzen.

Der Apparat hat vor dem Soxhlet die Vorteile, dass ein geringes Heizmaterial genügt, die Sterilisation im ganzen nur ca. 30 Minuten erfordert, dieselbe auch in jedem Zimmer vorgenommen werden kann; demgegenüber steht der Nachteil, dass gleichzeitig nur 5 Flaschen sterilisiert werden können, also nicht das ganze Tagesquantum.

Der Apparat ist zu haben bei Kallmayer & Co., Berlin (Oranienburgerstr. 45).

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

32) **2 neue Beleuchtungs-Apparate, streng nach wissenschaftlichen Grundsätzen gefertigt** hat Dr. Böhm (Barmen). Dieselben zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie vollständig auseinanderzunehmen und daher in allen Teilen gründlich zu desinficieren sind, was bei dem ersten Apparat, der für das Publikum bestimmt ist und unter dem Namen „Philanthropus" einen Beleuchtungsapparat der Mund- und Rachenhöhle darstellt, besonders wichtig ist, zumal wenn derselbe bei Diphtherie gebraucht wird. Die einzelnen Teile des Apparates sind: der Spatel aus Glas, der Lichtbehälter, der durch eine Oeffnung in den Spatel gesteckt wird und gleichzeitig als Griff dient, und endlich ein ebenfalls in den Spatel zu steckender und drehbarer Reflector. Der Apparat gestattet also Betrachtung der Mund- und Rachenhöhle bei vorzüglicher Spiegelbeleuchtung unter gleichzeitigem Niederdrücken der Zunge mit einer Hand, sodass mit der anderen event. Pinselungen, Pulvereinblasungen u. s. w. vorzüglich zur Ausführung gelangen können, er gestattet ein leichtes Erkennen der Diphtheritis im ersten Stadium unter Schutz vor Ansteckung Gesunder und ist schon deshalb ein wertvolles Instrument. Nach demselben Principe hat Autor für Aerzte einen grösseren Apparat etwas anderer Construction erdacht, der zur Beleuchtung sämtlicher Körperhöhlen dient und der besonders geeignet erscheint, event. Infection mit Syphilis, Diphtherie u. s. w. zu verhüten.

(Medicin. Neuigkeiten 1896. No. 21.)

33) **Einen Okklussivverband für Impfpocken** stellt die Verbandstofffabrik Paul Hartmann in Heidenheim nach Angabe von S.-R. Dr. L. Fürst her. Der Verband, „Impfschutz" genannt, besteht in einem ovalen flachen Bäuschchen Holzwollwatte, die von 10%igem Darmatolmull umhüllt ist und einen Rand von amerikan. Kautschukheftplaster besitzt. Jedes Couvert (à 25 Pf.) enthält 2 solche Verbände, deren erster unmittelbar nach der Impfung aufgelegt wird, während der zweite gegen den ersten nach der Revision aufgelegt wird und wieder 7—8 Tage liegen bleibt. Dieser billige, handliche und einfache Verband verhindert also mechanische Insulte und Infectionen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896. No. 52.)

34) **Essentia Tamarind. (Dallmann)** verwendet Dr. F. Schmey (Beuthen O/S.) sehr gern bei der Obstipation der Kinder. Das Mittel wird stets gern genommen und ist wirksam. Doch giebt es Autor nicht nach der Vorschrift des Erfinders (Abends 1 Kaffeelöffel), sondern er verabreicht 3mal tägl. 1 Kaffeelöffel, ja bei Kindern, die infolge der Obstipation an Schmerzen und an Meteorismus leiden, ordiniert er sogar 2stündl. 1 Kaffeelöffel, wodurch mehrmals am Tage gute Stühle und baldiges Verschwinden der Erscheinungen erzielt werden. (Allgem. medic. Central-Ztg. 1896. No. 53.)

25) **Zur Vorbereitung des internat. Congresses zum Schutz der Kinder,** der im Oktober d. J. in Florenz stattfindet, trat in Berlin unter Vorsitz von Prof. Baginky ein Comité zusammen, das seine Anschauungen über die wichtigsten Punkte in einer Anzahl Thesen zusammenfasste und mit seiner Vertretung den Privatdoz Dr. H. Neumann beauftragte.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Ramm & Seemann in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. **1. Oktober 1896.** Nr. 7.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten.

9) Operative Heilung hoher Kurzsichtigkeit.

Von
Professor Dr. med. et phil. **Hermann Cohn**
in Breslau.

Der Zweck der folgenden Zeilen ist, die praktischen Aerzte in Kürze auf eine höchst segensreiche neue Methode hinzuweisen, welche bestimmt ist, namentlich jugendliche Myopen von ihrem Leiden für immer zu befreien.

Dass das Wesen der Kurzsichtigkeit hauptsächlich in einer zu langen Achse des Auges von vorn nach hinten besteht, ist schon seit Morgagni und Boerhave, also seit 2 Jahrhunderten, bekannt. Diese

Achse zu verkürzen ist ebenso unmöglich, wie einen grossen Körper in einen kleinen zu verwandeln. Aus diesem Grunde erklärte auch Jüngken noch vor 60 Jahren die Myopie für unheilbar.

Mannigfache Methoden wurden trotzdem ersonnen; Purkinje glaubte durch Auflegen von Säckchen mit Eisenfeilspähnen auf seine Augen, während er auf dem Rücken lag, die zu grosse Wölbung seiner Hornhaut abflachen zu können; Berthold empfahl das Myopodiorthotikon (!), einen Apparat, durch welchen man sich gewöhnen sollte, die Schrift in immer grösserem Abstande vom Auge zu lesen; andere Aerzte glaubten durch Durchschneidung der geraden oder schiefen Augenmuskeln die Längenausdehnung des Auges verringern zu können. Doch wurden alle diese Methoden mit Recht verlassen.

Der erste, der die richtige Bemerkung machte, dass allein durch Entfernung der Linse die hohe Kurzsichtigkeit geheilt werden könnte, war August Gottlieb Richter, Professor in Göttingen. Das ist jetzt 100 Jahre her. (Vergl. seine Anfangsgründe der Wundarzneikunst. Wien 1790. 3. Teil, Seite 533.) Doch hielt er dieses Mittel für schwer anwendbar; auch Beer hatte 1817 betont, dass man für den Erfolg der Operation nicht einstehen könne, zumal bei der Ausziehung einer durchsichtigen Linse. „Indessen," sagt er, „lohnte es sich doch immer der Mühe, wenn sich ein höchst Kurzsichtiger einmal wenigstens zu einem solchen Heilmittel verstände".

Die Gefahr einer möglichen Vereiterung des Auges schreckte damals bei dem nicht aseptischen Verfahren die Operateure, und so blieb die glückliche Idee Richters und Beers unbeachtet, bis Adolf Weber und Mooren im Jahre 1858 die Frage der Ausziehung der durchsichtigen Linse von neuem anregten; leider hatte Mooren, was ja bei den 25 % Verlusten, welche die damaligen Staaroperationen noch aufwiesen, nicht auffallen konnte, einen Fall verloren; (nach gef. brieflicher Mitteilung ging das Auge übrigens nicht durch Eiterung, sondern durch Frido-Chorividitis zu Grunde;) dies und die Bemerkung v. Graefes, dass man ein Weiterschreiten der Aderhauterkrankung um den Sehnerven (Sclerotico-Chorioditis posterior), das ja bei allen hochgradig Kurzsichtigen vorhanden sei, trotz glücklicher Entfernung der Linse nicht werde aufhalten können, brachten leider die Idee in Misskredit. Auch Donders hatte die Extraction der Linse bei hoher Myopie als „strafbare Vermessenheit" bezeichnet, die, wie er aus theoretischen Gründen annahm, nicht einmal dem Auge wesentlichen Nutzen bringen könnte; Arlt war ebenfalls gegen die Operation.

So blieb es leider still bis zum Jahre 1890, wo trotz jener autoritativen Warnungen ein junger Augenarzt in Pilsen, Dr. Fukala, die Frage praktisch aufnahm und durch energische Arbeiten eine wahrhaft dankenswerte und hoch anzuerkennende Bereicherung der Therapie der Myopie uns in die Hand gab.

Er hatte ganz recht: Probieren geht über Studieren. Er zeigte, dass hochgradig myopische junge Personen normalsichtig wurden und eine Besserung ihrer Sehschärfe erfuhren, wenn er ihre Linse erst durch einen Einstich langsam zur Trübung brachte und sie dann durch einen Linearschnitt entfernte.

Ich bekenne, dass ich, obgleich ich ein sehr grosses Material von hochgradig Kurzsichtigen zu behandeln habe, mich erst recht spät ent-

schloss, Fukalas Methode zu versuchen. Ich stand wohl auch zu sehr unter dem Einfluss der Lehren von Gräfe, Donders und Arlt. Zwei Fälle aber, welche Mooren in Düsseldorf glänzend operiert hatte, sah ich vor $^1/_2$ Jahre wegen einer Brillenbestimmung bei mir, und ich war von dem ausgezeichneten Erfolge — ich hatte einen der Patienten, einen jungen Prinzen, schon vor 10 Jahren wegen Myopie von 10 D. behandelt — so entzückt, dass ich seitdem jede hohe Myopie nach Fukala operiere und die schönsten Resultate finde.

Gleich der erste Fall, den ich operierte, verlief, ich möchte sagen, so ideal, dass der Kranke garnicht die Operation seines zweiten Auges erwarten konnte. Ich habe den Kranken am 10. Juli d. J. in der medizinischen Abteilung der Schlesischen Gesellschaft vorgestellt, und möchte über ihn hier kurz berichten.

Oskar Lehnert, 17 Jahre alt, aus Namslau, stammt von einer Mutter, welche auf beiden Augen Myopie 16,0 und chronisches Glaucom hat; der Vater sieht normal. Von Jugend auf zeigte er starke Myopie; vor 2 Jahren erhielt er von einem Augenarzte zum beständigen Gebrauche — 12,0. Da er damit natürlich alles verkleinert und verzerrt sah, legte er diese Brille fort, zumal er merkte, dass seine Kurzsichtigkeit noch zunahm. Einen Beruf konnte er überhaupt nicht wählen. Er zeigte am linken Auge am 21. Januar d. J. Myopie — 20,0 und selbst mit concav 20,0 bewaffnet nur S = 0,2; Snellensche feine Schrift No. 0,5 konnte nur in 5 Centimeter gelesen werden. (Das rechte Auge zeigte M = 18,0 und S = 0,3.)

Sogleich machte ich die Discission der Linse mit Beers Staarnadel durch die Hornhaut hindurch; die Linse trübte sich so rasch und ihre vorderen Teile quollen derart in die Kammer vor, dass ich schon am vierten Tage die Extraction des grössten Teils der Linse mit einem einfachen Linearschnitt gegenüber dem äusseren Pupillenrande vornehmen konnte. Freilich waren noch immer neu nachquellende Reste von Linse zurückgeblieben, die sich aber von Woche zu Woche mehr resorbierten, sodass nach etwa 3 Monaten, am 5. Mai, das Auge emmetropisch war und ohne Glas S = 0,5 zeigte. Mit convex 6,0 las er die feinste Diamantschrift. Snellen No. 0,3 fliessend in 15—16 cm; mit + 4,0 las er bequem Zeitungsschrift in $^1/_4$ Meter. Im Laufe weiterer vier Wochen besserte sich die Sehschärfe noch mehr, sodass sie jetzt S = 0,6 beträgt.

Resultat: 1. Statt in 5 cm wird jetzt Schrift in $^1/_4$—$^1/_3$ Meter mit schwachen Convexgläsern gelesen. 2. Statt einer S von 0,2 ist jetzt S 0,6 vorhanden; d. h. die S hat sich verdreifacht. 3. Patient, der selbst mit den stärksten Concavgläsern, die er natürlich nur auf Momente vertrug, kein Strassenschild erkennen konnte, sieht heute ohne jede Brille alle Häusernummern und erkennt Personen und Gegenstände mehr als halb so weit wie ein Normaler. Seine Pupille ist rund, fein beweglich und tintenschwarz.

Er war, wie gesagt, so beglückt, dass er mich zur Operation auch des rechten Auges drängte. Ich discindierte es daher am 5. Mai und konnte am 11. und am 28. Mai schon quellende Linsenmassen extrahieren. Am 10. Juli waren allerdings noch immer viele Linsenreste in der durch Atropin gut erweiterten Pupille vorhanden, sodass S zunächst erst = 0,1 ist und Snellen 0,8 mit + 10,0 in 10 cm gelesen wird. Doch ist das Auge ganz reizlos, und es liegt gar kein

Zweifel vor, dass das Endresultat in 6—8 Wochen ebenso vorzüglich wie auf dem linken Auge sein wird.

Jedenfalls tauscht L. nicht gegen die Zeit vor der Operation zurück, da er nun erst einen Genuss vom Leben hat, sich überall allein zurechtfinden und bequem in normaler Entfernung lesen kann.

Aehnlich verliefen die anderen von mir operierten Fälle; ich kann also dem günstigen Urteile, welches Fukala, Schweigger, Sattler, Vossius, Pflüger und v. Hippel über die Sicherheit und Gefahrlosigkeit der Methode fällen, nur beistimmen.

Selbstverständlich ist bei ihr, wie bei jeder anderen Operation, die sorgsamste Desinfection des Auges, der Finger und der Instrumente notwendig. Eine Iridectomie ist überflüssig, da der weiche Linsenbrei bei der Herauslassung die Iris weder quetscht, noch so hervordrängt, dass sie nicht leicht mit dem Stilet zurückgebracht werden könnte. — Dass eine runde, gut reagierende Pupille für Adaptation und Sehschärfe von allergrösstem Werte ist, bedarf keiner Erörterung.

Die Accommodation ist natürlich total verschwunden; wenn Zeitungsschrift nicht ausschliesslich in der durch das notwendige Convexglas bedingten Entfernung gelesen wird, sondern namentlich bei kleinem Loche im Nachstaar auch noch einige Centimeter vor und hinter der theoretisch berechneten Entfernung, so ist das keineswegs Accommodation, sondern eine für den Kranken sehr angenehme „Verarbeitung“ der Zerstreuungskreise. Lässt man feinste Perlschrift, also Snellen 0,3 oder Fuchs-Jäger No. 1 lesen, so überzeugt man sich, dass kein Accommodationsterrain existiert.

Allein was hat ein Patient bei einer Kurzsichtigkeit von 20 D, wenn er wirklich von 5 bis 4 cm in der Nähe accomodieren kann? Besser keine solche Accomodation, als eine solche Myopie.

Ganz sicher ist, dass die Kranken sich beim Arbeiten nun nicht mehr auf die Schrift zu legen brauchen, also alle Gefahren vermeiden, die bei gebeugter Kopfhaltung bekannter Weise die Myopie vermehren.

Ob für alle Zeiten die Gefahr der Blutung oder Zerstörung des gelben Flecks, oder das schlimme Loos der Netzhautablösung abgewendet ist, das müssen erst jahrelange Beobachtungen zeigen. In zwei Fällen, wo bei der Extraction etwas Glaskörperverlust vorkam, hat Sattler später Ablösung gesehen; andererseits wurden Fälle von Ablösung auf dem andern, nicht operierten Auge beobachtet. Wenn das Damoklesschwert der Ablösung selbst über den Operierten weiter schwebt, so haben sie doch wenigstens bis zu dieser, vielleicht erst nach langen Jahren eintretenden Katastrophe besser gesehen, als ohne die Operation.

Neuerdings haben v. Hippel und Sattler gefunden, dass die Linsen höchstgradiger Myopen nicht sclerosieren und haben daher auch ältere Leute operiert. Jedenfalls bietet die Operation um so mehr Vorteile, je früher sie ausgeführt wird.

Daher wäre es gut, wenn gerade die Kinderärzte in ihrer Praxis die Ansicht verbreiteten, dass es wünschenswert ist, hochgradig kurzsichtige Kinder, d. h. solche, welche eine Myopie haben, die mehr als 10 Dioptrieen beträgt, so früh als möglich operieren zu lassen.

Natürlich sind die Eltern darauf vorzubereiten, dass an jedem Auge 2—3 Operationen, und dass 2—3 Monate bis zur Heilung jedes Auges nötig sind, während deren die Kinder stets unter ärztlicher

Beobachtung bleiben sollen, da bei leiseste Druckerhöhung quellende Linsenmassen sofort entleert werden müssen.

Wer sich für die Feinheiten der Frage interessiert, sei auf das eben erschienene ausgezeichete Buch „Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit von Dr. V. Fukala“ in Wien (Deuticke, 1896) verwiesen.

---

10) Ueber Thymusfunction und Thymuskrankheiten.*)

Von

Prof. Dr. **Biedert**,

Hagenau.

Die Thymusdrüse hat seit einigen Jahrzehnten nur für eine Curiosität gegolten, sowohl nach ihrer regelmässigen Existenz, aus der man nichts Rechtes zu machen wusste, als nach ihren Unregelmässigkeiten, die nur noch hie und da halbzufällige Beachtung fanden, nachdem ihre generelle Bedeutung für Hervorrufung von Atemnot im allgemeinen, wie der anfallsweise als Asthma thymicum auftretenden im besonderen abgethan schien. Neuerdings, wo man verkannte Drüsensäfte in ihrem Werte für den Organismus höher zu stellen anfing, ist auch von dem der Thymus als einem der zur Bekämpfung der Infectionen geeigneten Körpersäfte die Rede gewesen (Ehrlich und Brieger), und die Lehre, dass Atemstörungen durch die Thymus ins Bereich der Fabeln gehören, die von dem für das Gebiet der Thymus zu einer Art von Galenus gewordenen Friedleben begründet wurde, hat einige merkliche Erschütterungen erfahren.

Nichtsdestoweniger ist für das meiste, was wir von der Thymus wissen, die gründliche Arbeit, welche 1858 dieser Frankfurter Arzt darüber geliefert, immer noch die Hauptquelle. Nach ihm besteht die Thymus aus 2 getrennten Längsteilen, wovon der rechte länger ist, und die nur manchmal oben unterm Manubrium sterni durch einen weiteren Lappen verbunden sind. Durchschnittlich ist die Thymus mit ihrem oberen Rand $2^1/_2$ cm von der Thyreoidea entfernt, sie kann aber an diese heran und darüber hinausragen (Triesethau). Die Substanz besteht aus Bindegewebe mit einliegenden maulbeerförmig zusammengesetzten, geschlossenen Follikeln von dem Bau der Lymphdrüsen, in einem reticulum Lymphzellen enthaltend, die in einem molkigen Secret schwimmen zugleich mit eigentümlichen von Friedleben für regressive Follikel erklärten „concentrischen Körpern“ (Ecker). Ein mit den Follikeln communicierender Centralcanal, welchen auch Jendrassik jetzt wider Hennig erwähnt, wird von ersterem Forscher, wie es scheint, mit Recht geleugnet. Das Secret geht aus den Follikeln wieder ins Blut.

Das Durchschnittsmaass der Thymus ist beim Neugeborenen 57, bis zum 9. Monat 59, bis zum 2. Jahr 69 mm Länge und steigt noch bis zum 25. Jahr auf 106 mm. Aber das Gewicht steigt von 14 g bei der Geburt nur auf 20 bis zum 9. Monat und 27 bis zum 2. Jahr, um nachher wieder zu sinken. Die Dicke beginnt also schon nach dem 1., besonders aber nach dem 2. Jahr bei dem in der Fläche noch wachsenden Organe erheblich abzunehmen, und wir werden gerade dieser Dimension noch eine besondere Wichtigkeit zuerkennen müssen. Auch die stärkste Secretabsonderung findet im 2. Lebens-Halbjahr statt. Der Rückgang der Thymus geht mit Verfettung und Vermehrung des Bindegewebes, Verminderung des Secretes einher. Ein völliges Fehlen der Thymus von Anfang an wird selten — zuerst von Bischof — wahrgenommen. Andererseits wird ein bis in die höchsten Altersstufen verspäteter

---

*) Der geschätzte Autor hatte die Liebenswürdigkeit, uns diesen Artikel, der demnächst in Drasches „Bibliothek der gesamten medicin. Wissenschaften“ erscheint, zur Verfügung zu stellen. Die Redaction.

Schwund, sowie auch ein weit über die oben angegebenen Zahlen erhöhtes Gewicht (500 g bei 16jährigen Mädchen nach Albert von Hennig berichtet) beobachtet.

Unter dem Einfluss schlechter Ernährung, sowie schwächender acuter und mehr noch chronischer Erkrankung tritt eine krankhafte Atrophie der Thymusdrüse ein, die viel bedeutender ist, als der entwicklungsgemässe normale Schwund, und sich von diesem auch dadurch unterscheidet, dass nicht Bindegewebsneubildung, Arterienobliteration und Nervenverfettung damit Hand in Hand gehen, wohl aber einfache Verminderung des Secretes, Vermehrung der Ecker-schen concentrischen Körperchen, besonders anfangs, dann Collaps und endlich Schwund der Follikel auftreten.

Dabei soll nach Friedleben dem Rückgang der Thymus eine Zunahme der Milz während derselben Krankheiten entsprochen haben. Ein dadurch angedeutetes Vicariieren beider Organe in der Mitwirkung bei der Blutbildung würde auch in der Thatsache ausgedrückt, die Landois erwähnt, dass bei Reptilien und Amphibien, die keine Lymphdrüsen besitzen, die Thymus als ein das ganze Leben durch functionierendes Organ bestehen bleibt. Merkwürdig ist nun, dass nach Friedlebens experimenteller Exstirpation keine Vergrösserung der Milz behufs Ausübung einer solchen Vertretung, wie oben angenommen und wie sie auch die Vergrösserung der Milz neben dem Rückgang der Thymus beim normalen Wachstum erwarten liesse, erfolgt. Ebenso ist nicht recht verständlich die Annahme Friedlebens, dass die Thymus der Ernährung und Blutbereitung, sowie dem Anbilden der Gewebe diene, während doch in seinen Versuchen gerade auf deren Exstirpation ein stärkeres Wachstum der Versuchstiere folgte. Dies würde vielleicht eher annehmen lassen, dass die Thymus hiefür hinderlich, mindestens aber bedeutungslos sei — dasselbe was auch neuerdings Langerhans und Saveliew aus ihren Thymusexstirpationen folgerten. Dass Friedleben bei den entthymusten Tieren das Blut wässeriger und die roten Körperchen vermindert fand, kommt wieder auf meine vorhin gemachte Vermutung heraus, dass sie parallel der Milz etc. an der Erzeugung des Formbestandteiles des Blutes mitarbeitet, dass sie aber nie unentbehrlich sei und später überhaupt durch andere Organe ersetzt werde.

Entsprechend diesen Ausführungen über die Function der Drüse ist denn auch bei den Krankkeiten der Thymus von Functionsstörungen als Symptomen derselben wenig zu bemerken. Ausser etwaigen mit dem besonderen Charakter des Leidens verbundenen allgemeinen Erscheinungen kommt hauptsächlich das Raumverhältnis gegenüber den krankhaften Volumsänderungen der Drüse und die Folge dieses Verhältnisses für die benachbarten Organe der Atmung, des Kreislaufs und für die Nerven in Betracht. Im Mittelpunkt steht das alte Asthma thymicum.

Was zunächst den pathologisch-anatomischen Charakter der Erkrankungen angeht, so ist die leichteste:

die Hyperämie und Hämorrhagie, die Entzündung der Thymus, Thymitis. Dieselbe entsteht infolge von Blutstauungen, durch Lungen- und Herzkrankheiten, Krampf und Keuchhusten, Ersticken, Ertrinken, endlich bei Neugeborenen durch Störungen des Geburtsverlaufes, welche Asphyxie hervorrufen. Weber in Kiel hat 1853 diesen Zustand als capilläre Injection der Drüse und ihrer Umgebung mit stecknadelkopfgrossen frischen Blutergüssen in der Drüsensubstanz beschrieben. Nicht minder finden sich Hyperämie und Ecchymosen bei Säuglingen mit noch zu erwähnender Thymushypertrophie, die erstickten. Aehnliche Zustände finden sich auch bei älteren Kindern (Jacobi), z. B. nach Masern (Pean), Diphtheritis u. s. w. mit zum teil noch grösseren Apoplexien, wie auch bei Er-

wachsenen. Triesethau berichtet in einer unter Pott 1893 verfassten Inaug.-Diss. eine Beobachtung von Nordmann bei einem ertrunkenen Soldaten, dessen Thymus dunkelrot und faustgross war, und 3, wie es scheint, ähnliche Fälle von Recklinghausen. Die ausgebildete Entzündung ist in einzelnen Fällen in Form der

Vereiterung und Abscedierung der Thymus beobachtet worden. Noch öfter ist wohl stärkere Ansammlung von Drüsensecret mit Eiter verwechselt worden, wovon neben der Microscopierung die sauere Reaction des ersteren schützen könnte. Die ersten sicheren eiterigen Thymiten bringt Friedleben bei, den einen Fall nach Professor v. Wittich, der einen 18jährigen jungen Mann daran sterben sah und in dessen Leibe eine 0,5—1 kg schwere Thymus, teils aus Drüsengewebe teils aus Eiterhöhlen bestehend, neben complicierender Pericarditis und Pleuritis gefunden wurde. Dazu kommen diejenigen von Elsässer und 2 neuerdings von Hennig berichtete Abscedierungen bei Neugeborenen, beziehungsweise ganz jungen Säuglingen. Während diese pyämischer Natur waren, ist die Ursache bei dem Wittich'schen Kranken nicht klar, selbst ein Uebergreifen von primärer Pericarditis nicht ausgeschlossen. Ebenso unbekannt ist die Ursache für eine von Demme bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben beobachtete Thymitis mit multiplen Abscessen, wenn nicht ein früherer Fall durch Gefässzerreissung den ersten Anlass zu der später heftig eintretenden Entzündung gegeben haben soll. Bestimmter wird die Herkunft von entzündlich-necrotischen Herden in der Thymus von Diphtheritis, ähnlich der nach Oertel in den der Lymphdrüsen vorkommenden, und von Syphilis seitens Dubois' und Jacobi's behauptet. Einen Uebergang zur

Hypertrophie der Thymus machen solche Fälle, in denen man schleichende chronische Thymitis annehmen muss wegen Verwachsung mit der Umgebung, z. B. dem Herzbeutel in 2 Fällen von Pott. Einen durch Grösse der Thymus ausgezeichneten Fall teilt Friedleben nach Mantedi mit, wo die 500 g schwere, auf dem Durchschnitt einem Kuheuter ähnliche Drüse mit der Brustwand und der V. cava fest verwachsen war und durch Blutstauung ihre Trägerin, eine 27jährige Frau, getötet hatte. Wenn die Entzündung nur durch Infection auf dem Weg der Blut- und Lymphgefässe, auch nach Berührungsübertragung aus der Nachbarschaft erklärlich ist, so würde eine einfache Hypertrophie entweder auf ursprünglicher Anlage oder auf wiederholter Einwirkung der bei der Hyperämie angedeuteten Ursachen beruhen können. Friedleben schon führt 8 Beobachtungen an mit der ersten 1614 bei F. Plater beginnend, in denen manchmal mit entzündlichen Verwachsungen, meist ohne entzündliche Erscheinungen die Drüse schon im Alter von 5—8 Monaten das ungewöhnliche Gewicht von 37—57 g erreichte, sich von der Schilddrüse bis zur 5. Rippe abwärts, seitlich auf den Herzbeutel dehnte, die Lunge zurückdrängte, den grossen Gefässen anhing, beziehungsweise sie überlagerte, die Luftröhre umfasste. Auch Blutüberfüllung der Lunge und Pleuragefässe wurde dabei einmal angegeben. Wenn nur solche Thymen, wie die vorher genannten, mit wirklich, gegen unser obiges normales, übergrossem Gewicht als hypertrophiert anerkannt werden, so ist die Hypertrophie sehr selten und die Hauptmasse der Fälle, wo eine solche krankhafte Erscheinung Asthma ge-

macht haben sollte, als nicht abnorm anzusehen. Hennig will unter 300 Kindersectionen 2 mal die Thymus vergrössert gesehen haben, gibt aber weder Maasse noch Gewicht an. Von Virchow führt er die Angabe an, dass bei Leucämie die Drüse Erwachsener auf 134 g, bei einem 5 jährigen Kind colossal geworden. Unter anderen, neueren Beobachtern, die vergrösserte Drüsen fanden, geben Triesethau bei einem Gewicht von 32 g (9 monatlichem Mädchen), Scheele bei einem solchen von 50,2 (16 monatlichem Kind) die Dicke der Drüse auf 1,5 und 2 cm an. Die anderen neueren Beobachter geben nur das letzte Maass, das wir allerdings noch erheblich finden werden, auf 1—1,5—2 cm an.

Die Tuberculose der Thymus ist nach Hennig's dahin gehörigen Beobachtungen aus dem Alter von $^1/_4$—4 Jahren immer mit Tuberculose der Bronchialdrüsen oder der Lunge vergesellschaftet; meistens ist die Thymustuberculose Teilerscheinung allgemeiner Miliartuberculose. Dagegen hat Demme 1885 einen Knaben von der Zeit der Ernährung mit Kuhmilch ab abmagern und nach 42 Tagen an primärer und isolierter Tuberculose der Thymus sterben sehen. Die sehr vergrösserte Drüse enthielt Tuberkel von Erbsen- und Haselnussgrösse mit Bacillen. Auch mehrere ältere Kranke sollen sehr grosse Thymen gehabt haben bis zu 270 g (Toketti); bei Hennig wenigstens wird das anerkannt, während Friedleben $^1/_4$ Jahrh. vorher den Ausgang von der Thymus zu gunsten von Mediastinopericarditis und Pleuritis, bezw. Lymphdrüsenaffection abgeleugnet hatte. So bliebe ausser dem Demme'schen keine erhebliche Anschwellung der Thymus durch Tuberculose sicher beglaubigt. Aehnlich hat Friedleben auch mit den

bösartigen Neubildungen, den Carcinomen und Sarcomen der Thymus aufgeräumt und weist bei dieser Arbeit ein von A. Cooper berichtetes Carcinom der Thymus den normalen Thymushypertrophien zu. Bemerkenswert ist aber, dass er hiefür Suffocationserscheinungen infolge Compression der umwachsenen Trachea und Kreislaufstörung durch Beengung der umwachsenen grossen Gefässe bei dem 19 jährigen Mädchen zugibt. Ob das von Hennig nach Zanteson und Key citierte Sarcom der Thymus bei einem $4^1/_4$ jährigen Knaben der Friedleben'schen Kritik besseren Widerstand geleistet haben würde, da auch hier der ausdrückliche Nachweis von in dem Convolut noch vorhandenen Thymusresten nicht erwähnt ist, bleibe dahingestellt. Dagegen sind in der Dissertation von Triesethau eine Anzahl Sarcome zusammengestellt, deren Ausgang von der Thymus durch ihre Beobachter Grützner, Steudener, Rosenberg, Bollay u. A. in den Jahren 1869—1883 gut belegt erscheint und wahrscheinlich macht, dass auch sonst noch Mediastinaltumoren, z. B. das Medullarcarcinom A. Vogel's, öfters von da entstehen und die bei Cooper erwähnten Folgen haben.

Die Folgen und Erscheinungen der Thymuskrankheiten sind selten einmal, wie in dem Demme'schen Fall in einer Allgemeinwirkung, bis jetzt noch nie, wie schon eingangs hervorgehoben, als Funktionsstörung erkennbar gewesen. Demme's $2^1/_2$-jähriger Knabe mit eitriger Thymitis ging unter heftigem Fieber, Cyanose und Sopor plötzlich zu Grunde. Regelmässig bemerkbar

machen kann sich die erkrankte Thymus nur durch die Wirkung, welche ihre Anschwellung ausübt, z. B. durch die enormen Blutstauungen, die Atem- und Schluckbeschwerden in dem eben erwähnten Fall, die bei manchen anderen Schwellungen, sei es durch Entzündung, Neubildung oder einfache Hypertrophie, ihr gradweise verschiedenes Analogon finden.

Friedleben stellt solche Folgen der einfachen Hypertrophie ganz in Abrede, ohne indes klare Darlegungen dafür aus den von ihm selbst angeführten Beobachtungen zu bringen, unter denen vielmehr eine bei einer Kindersection ausdrücklich Stauungserscheinungen aufweist, 2 Kinder im Leben an Laryngospasmus, 2 Erwachsene an Soffocationserscheinungen litten. Friedleben glaubte, dass an allmähliche Hypertrophie die Kinder sich schadlos gewöhnen. Es ist aber undenkbar, dass bei allen Kindern dies der Fall sein soll, während bei dem unter den Carcinomen erwähnten 19jährigen Mädchen, dessen Leiden aber Friedleben für einfache Hypertrophie erklärt, dieser selbst alle jene schweren Folgeerscheinungen einräumt. Auch Hennig gibt Blutstauungen als Folge an, die wir bei der Drüse der Demmeschen Kinder, welche 16 cm Länge, 9 cm Breite und nur 1,2 cm Dicke maass, sich in strotzender Blutfülle des rechten Herzens, der Hals-, Lungen- und Unterleibsvenen, der Hyperämie und dem Oedem des Mediastinums sich im höchsten Masse äussern sahen. Ausser auf die Gefässe ist aber offenbar auch auf die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der hier liegenden, den Kehlkopf und das Herz beherrschenden Nerven Bedacht zu nehmen. Dass zudem eine hierorts erfolgende Drüsenschwellung die Luftröhre so comprimieren kann, dass eine Verstopfung des Spaltes raschen Tod herbeiführt, habe ich erst laryngoscopisch, dann durch Section bei einer erwachsenen Tuberculösen feststellen können, bei der das mächtige Paket allerdings mindestens grossenteils aus Lymphdrüsen bestand. Eine Compression der Trachea bestand auch in dem A. Cooper'schen, von Friedleben als einfache Hypertrophie gedeuteten Fall. Bei 2 Kindern, die in meiner Behandlung die Krankheit überstanden, blieb es dahingestellt, ob ein hinter dem gedämpften Sternum in der Luftröhre entstehendes Stenosegeräusch durch die Thymus oder die Bronchialdrüsen bedingt war.

Der physikalische Nachweis einer vergrösserten Thymus wurde durch Auffinden einer Dämpfung hinter dem oberen Teil des Brustbeins geliefert, welche sie allerdings mit der Bronchialdrüsenschwellung gemein hat. Es wird nun angenommen, dass die Thymusdämpfung nicht so oft, wie die der Bronchialdrüsen, über die Seiten des Sternums hinausragt, doch wird dies von der Grösse der Thymusschwellung abhängen; dagegen kann ich nach meiner Erfahrung als besonderes Kennzeichen für die Bronchialdrüsendämpfung das überwiegende Vorragen nach einer Seite, vielleicht mehr nach links anführen, ferner dass diese meist in der Höhe der 2. Rippe endet und dass sie öfter auch auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern nachweisbar ist. Für Schwellung der Bronchialdrüsen spricht Vorhandensein geschwollener Lymphdrüsen in der seitlichen unteren Halsgegend, die man manchmal von der Seite her hinter Clavicula und Brustbeinseite in die Tiefe sich fortsetzen sieht, während eine geschwollene Thymusdrüse in der Mittellinie über der Incisura sterni als gewölbte, elastische, nach oben convexe Geschwulst vor der Luft-

röhre fühlbar werden kann, mehr oder weniger gegen die Schilddrüse hinaufsteigend. So in dem Fall Demmes und vielleicht bei einem 15 jährigen Mann, den ich zur Zeit beobachte und bei dem eine starke Dämpfung hinter dem Brustbein dafür spricht, dass eine Herzdilatation ohne richtigen Klappenfehler mit absolut uncorrigierbarer Pulsbeschleunigung über 120, Brustschmerzen und Engigkeit auf Compression des Vagus durch eine an der Dämpfungsstelle sitzende Geschwulst beruhe. Daran, dass diese Geschwulst der Thymus angehören könne, lässt das Fühlen der eben beschriebenen, über dem Brustbein vordringenden Schwellung denken. Atmen und Fremitus habe ich über der Bronchialdrüsengeschwulst gewöhnlich verschwächt gefunden; vielleicht würde bei der gleichmässigen, nicht vielteiligen Thymusgeschwulst, die besser leiten muss, ersteres bronchial, letzteres verstärkt sein. Bei heftiger Thymitis kann Fieber auftreten, und es kann Hals- und Brustbeingegend ödematös, bei starker Schwellung letztere vorgetrieben sein.

Bei der Frage, ob Thymusschwellung durch Druck Circulations- und insbesondere Atemstörung verursachen könne, scheint mir früher viel zu wenig der Umstand berücksichtigt worden zu sein, dass die Thymus hoch oben und mitten im Raum zwischen oberem Brustbeinende und der hier vorspringenden Wirbelsäule liegt und durch Beengung dieses Raumes drücken kann, während die Bronchialdrüsen weiter unten und seitlich dieses weniger thun. Ganz verkehrt ist der Versuch eines neueren Autors, den Druck der Thymus nach ihrem Gewicht zu bemessen. Auf die Einpressung ihrer Masse in jenen Raum kommt es an. Nun haben Sanné und viel ausgiebiger Pott durch Messungen bestimmt, dass jener Raum zwischen Manubrium sterni und Wirbelsäule im Alter von 0—2 Jahren im Durchschnitt nur 2,5 cm misst, in einem Alter, wo wir eingangs die Thymus gerade im Verhältnis zu ihrer Länge und Breite am schwersten, d. i. am dicksten gefunden haben, also eine relativ geringere Vermehrung ihrer Dicke schon ein beengendes Missverhältnis hervorrufen kann. Dass dies thatsächlich entsteht, zeigen die Messungen von Virchow, Grawitz, Scheele, Pott u. a. an vergrösserten Thymen, die in diesem Alter 2 mal 1, 2 mal 1,5 und 5 mal sogar 2 cm dick gefunden wurden. Dass in dem verbleibenden Raum Trachea und Gefässe, Herz- und Kehlkopfzweige des Vagus gedrückt werden können, lässt sich kaum in Abrede stellen.

Dies scheint mir Friedleben bei der Kritik des Asthma thymicum in seinem classischen Buche übersehen, dabei sich behufs Würdigung der Folgen der Thymusstörungen zu sehr an die Frage gehalten zu haben, ob diese eine ausreichende Ursache für den gewöhnlichen Laryngospasmus seien oder nicht. Wenn er dann auch bei grosser Thymus gewöhnlich keine nachweisbar bleibenden Spuren einer Einwirkung auf die benachbarten (Luft- und Blut-) Canäle, sowie die Nerven zur Erklärung einer krankhaften Alteration derselben und durch dieselben findet, so berücksichtigt er nicht, dass in den Centralorganen sich ebensowenig davon findet und er dennoch aus diesen den Laryngismus erklärt. Aus Friedlebens eigener Tabelle auf S. 274 aber führt Abelin nach Hennigs Citat den Nachweis, dass unter 60 Fällen mit kleiner Thymus nur 5, unter 20 Fällen mit grösseren, über 9,6 g schweren Drüsen 8 mal Laryn-

gismus vorgekommen und die meisten Kinder schnell gestorben sind. Es ist ja nun wohl zweifellos, dass die bewegende Ursache für die spasmodischen Anfälle dieser Krankheit nicht mit der, wenn auch etwas veränderlichen, doch immerhin dauernden Schwellung der Thymus oder Bronchialdrüsen sich decken kann, vielmehr allgemeine Ursachen (Rhachitis) als solche und wohl auch öfter ohne stärkere Thymusschwellung wirken. Aber auf der anderen Seite führen die allgemeinen Ursachen oft auch wieder nicht zu Laryngismus und es kann nicht abgewiesen werden, dass locale Herdzustände die Kraft jener allgemeinen Ursachen nach den Atmungsorganen hinlenken und dass Thymusschwellung, wie vielleicht auch andere Drüsenerkrankungen und sonstige Abnormitäten dieser Gegend, solche Wegweiser sind.

Es könnte wohl sein — ist aber bei genauerer Aufmerksamkeit doch auch noch etwas anders —, dass der Anteil der Thymus auf das Verhältnis reduciert ist, das Friedleben sich dadurch ausdrückt, dass er unter 75 Laryngospasmen nur 7 Thymen über Mittelgröss-fand. Gewiss ist aber, dass die bekannten mehr oder weniger plötzlichen Todesfälle bei Kindern durch Thymuskrankheiten hervorgerufen werden können, wie in dem mehrfach erwähnten ausgezeichneten Fall von Demme. Solche Fälle haben nach älteren Angaben von F. Plater, Haugstedt u. A. sich neuerdings in den Beobachtungen von Grawitz, Jacobi, Scheele, Pott und dessen Schüler Triesethau u. A. gehäuft, wo bei gesunden oder an Laryngospasmus leidenden Kindern nach plötzlichen Todesfällen nichts gefunden wurde, als Thymen, die an Gewicht oder Dicke die oben angegebene Maasse überschritten und zugleich durch Blutfülle und Apoplexien acute Turgescenz zeigten. Es könnte letztere als Folge und dann wieder neuverstärkte Ursache des Stickanfalles gelten. So fand sich auch bei dem plötzlich im Wasser gestorbenen 20jährigen Recruten Nordmanns (Schweiz. Corr.-Bl. 1889) nur eine faustgrosse dunkelrote (vielleicht durch die Kälte des Wassers zunächst hyperämisch gewordene) Thymusdrüse als Todesursache, der gleiche Mechanismus in 3 Fällen v. Recklinghausens (cit. bei Pott und Triesethau). Besonders schlagend scheinen die plötzlichen Todesfälle nach Tracheotomie, wo bei Abelin (cit. von Hennig) nach schwierigem Decanulement 4 Wochen nach der Operation Erstickung eintritt Wiedereinführung der Canüle trotz Erweiterung der Trachealwunde nicht gelingt und sich dann bei „gesunden Atemwegen“ „übergrosse Thymus“ findet, noch mehr derjenige von Kruse und Cahen (D. M. W. 21/90), indem die Bedingungen des Todes ungemein klar liegen. Trotz gelungener Tracheotomie am hängenden Kopf erstickt das Kind, in dem die 1,7 cm dicke Thymus das einzige Atemhindernis in einer nur 2,1 cm. weiten Brustapertur, in der neben jener noch die Trachea, Vaguszweige und Oesophagus (und Gefässe) Platz finden sollten, bildet; durch das Hängen wurde die Thymushyperämie, durch Aspiration die Schwellung der Trachealschleimhaut vermehrt und durch die lordotische Haltung der Halswirbelsäule jener Raum zwischen ihr und Sternum noch verengt. Die geknickte und gedrückte Trachea liess keine Luft mehr passieren.

Mit einer ebenso auffälligen Beobachtung kann ich selbst das Beweismaterial verstärken, die sich, bei einem 10monatlichen Knaben gemacht, eng an die vorhergehende anschliesst.

Derselbe kam mit stark stenotischem Atem, aber heller Stimme und freiem, auch bei Züchtung von Diphtheriebacillen sich frei erweisendem Rachen ins Spital. Nach 4 Stunden wegen Erstickungsnot vorgenommene Intubation ändert nichts, der obere Teil des Sternums ist stark vorgewölbt, gedämpft, es wird Thymusschwellung vermutet, aber doch wegen zunehmender Cyanose auch die Tracheotomie gemacht, die ebenfalls wirkungslos bleibt und auch an dem eingeführten und wenig eindringenden elast. Catheter keine Membranen in der Trachea zeigt: Tod. Die alsbaldige Section ergibt eine stark geschwollene Thymus, die in der Gegend der Incisura jugularis einen tiefen Eindruck vom oberen Sternalrand zeigt. Die Drüse ist $7^1/_2$ cm lang und reicht oben an die Schilddrüse, 7 cm breit, 21,6 g schwer und im rechten Lappen $1^1/_2$, im linken 1 cm dick. Die Thymus umgreift die Trachea etwas. Der Abstand der Wirbelsäule vom Sternum nach Entfernung aller Weichteile und Wieder-Einpassung des vorher weggenommenen Sternum beträgt 1,5—2 cm. — Um die beiden Bronchien herum, sich an die Thymus anschliessend, liegen links ein wallnussgrosses, rechts ein Paket Drüsen, so gross wie eine Mandel mit Schale. Die Lungen sind oben gebläht, unten atelektatisch, das Herz ist sehr gross und auch der linke Ventrikel mit Blut gefüllt. Obwohl an der Luftröhre keine Compressionsmarke sichtbar ist, war dieselbe doch nach der Tracheotomie für eine dünne Sonde unpassierbar, offenbar wegen Einkeilung zwischen Sternum, Wirbelsäule und geschwollener Thymus, wozu hier noch die Bronchialdrüsenschwellung trat, und der Tod hatte keine andere Ursache als diese Einkeilung.

Während auch Rauchfuss diese unmittelbare Verlegung der Luftwege annimmt, legt Demme nach seinem Fall auf Blutstauung und Gefässcompression den Nachdruck, und Pott fügt dazu noch Beeinträchtigung der Nerven, um auch mehr aus der Blutstauung im Herzen, als dem Atemhindernis (Glottisschluss) den Tod zu erklären, was alles teils für sich, teils zusammen wirken kann. Pott hat den Verlauf des tötlichen Stickanfalles wiederholt in folgender Weise beobachtet: die Kinder biegen plötzlich den Kopf nach hinten zurück (Zutritt der Lordose nach Kruse und Cahen), machen lautlose schnappende Inspirationsbewegung, die Augen verdrehen sich, das Gesicht wird blitzblau, die ebenfalls cyanotische Zunge klemmt sich zwischen die Kiefer, die Halsvenen schwellen. Die Hände sind geballt, die Vorderarme proniert und adduciert, die Beine gestreckt, die grosse Zehe abduciert und dorsalflectiert, die Wirbelsäule im Bogen nach hinten gekrümmt. Die Herzthätigkeit, Herztöne und Puls hören mit Eintritt des Anfalls sofort auf, nach einigen weiteren vergeblichen Inspirationsbewegungen wird das Gesicht aschgrau und das Kind in höchstens 1—2 Minuten eine Leiche. Pott glaubt, die Stimmbänder mitten aneinanderliegend gefühlt zu haben, nimmt aber trotzdem nicht einen Glottisverschluss, sondern einen plötzlichen Herzstillstand als Todesursahe an, weil zweimal sofortige Tracheotomie mit einem Schnitt ganz erfolglos blieb. Da bliebe in der That nur der Herzstillstand oder die Compression unterhalb, wie bei Kruse und Cahen. Der Glottisschluss könnte aber nach meiner obigen Annahme durch Suffocationsstauung in Herz und Thymus das Ganze einleiten und auf

seine Höhe bringen. Die Halswirbellordose beim unwillkürlichen Zurückwerfen des Kopfes tritt hinzu.

Die Behandlung des Anfalles, die immerhin noch nach Möglichkeit Momentantracheotomie oder Intubation ins Auge zu fassen hätte, würde damit noch etwas zur Aufklärung der Ursache beitragen. Vorwärtsbeugen des Kopfes kann vorausgehen und künstliche Atmungen müssen zutreten. — Wenn man mehr oder weniger lang vorher eine Tumorbildung hinter dem Sternum mit oder ohne Atembeschwerden nachweist, so ist bei acuteren Symptomen lebhaftere Antiphlogose mit Eis auf dem Sternum, grauer Salbe, Calomel oder einem anderen Laxans innerlich, bei Kräftigen einige Blutegeln am Platz. In chronischen Zuständen kann man Jodpinselung, Jodcalisalbe oder ganz besonders, wie ich erfahren zu haben glaube, den Kopenir'schen Schmierseife-Einreibungen ($^1/_2$—2 Kaffeel. täglich auf die Brust) sich etwas versprechen.

Die einzige umfassende, an Macht des studierten Materials, wie kritischer Schärfe alle ihre Vorgänger und Nachfolger meist übertreffende Bearbeitung der Physiologie und Pathologie der Thymus von Friedleben (die Physiologie der Thymus in Gesundheit und Krankheit, Frankfurt a. M. 1858) ist durch ihre, wie es scheint, über das Ziel schiessende Negation in Bezug auf letztere zu einem gewissen Verhängnis für die Beobachtung der Thymusanomalien geworden. Deren Erkenntnis ist dann durch eine eingebürgerte förmliche Verachtung, die jene seitdem erfahren, bei uns allen nicht gefördert worden. Erst nach und nach, besonders in den letzten Jahren, haben zahlreichere Mitteilungen wieder etwas mehr Interesse dafür geweckt und sind in der unter Pott geschriebenen In.-Diss. von Triesethau (Halle 1893), dem 3. Nachtrag zu Gerhardt's Handb. d. Kinderkr. von Hennig (Tübingen 1893), am bemerkenswertesten in der Arbeit von Pott selbst (Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIV. 1892) zusammenfassendere Darstellungen versucht worden, die indes alle das vorhandene Material nicht aus allen Perioden und Zweigen genügend gleichmässig und erschöpfend bringen, um als eine breite und sichere Unterlage für weitere Beobachtungen zu dienen. Vielleicht kann die vorliegende kurze systematische Darstellung dafür einigen Nutzen stiften; den wohl jedenfalls, dass die Kenntnis der bisherigen Thatsachen ein Verlangen erweckt, in allen geeigneten Fällen (wie z. B. in dem meinen) zu untersuchen, wieviel wirklich Beachtenswertes für die Pathologie von dem bis jetzt Bekannten in Geltung bleibt oder zu ihm hinzukommt.

II. Referate.

170) **Abadie.** Die Ophthalmo-Blennorrhoe der Neugeborenen.

(Clinique opthalmologique 1896 Nr. 4. — Wiener medic. Wochenschrift 1896 Nr. 32.)

Es wurde in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten über eine sehr unangenehme Complication der Blennorrhoëa neonatorum von Seiten der Hornhaut berichtet; diese bestand in einer Infiltration und einer weisslichen Trübung der

Hornhaut; es stellte sich nun heraus, dass solche Kinder in gewöhnlicher Weise mit Lapislösung touchiert wurden, ausserdem aber Waschungen mit Sublimatlösungen in verschiedener Concentration verwendet wurden. In den meisten Fällen ging diese Trübung wieder langsam zurück, sobald die Waschungen ausgesetzt wurden. In einem Falle beobachtete A. die Trübungen auch bei einer Combination von Jodoformeinstäubungen und Sublimatwaschungen; nach Aussetzen beider Mittel und Boreinträufelungen ging die Trübung, wenn auch sehr langsam, zurück.

Bezüglich des Crédé'schen Verfahrens will A. dasselbe nur da angewandt wissen, wo Gefahr, resp. Verdacht einer Infection vorliegt, nicht aber bei ganz normalen Augen, da es vorkomme, dass nach einmaliger Instillation eine wahre Ophthalmie (chemische) entsteht, welche eine Blennorrhoë vortäuschen und zu einer falschen Behandlung verleiten könnte. Die Hauptsache in prophylactischer Hinsicht ist Reinlichkeit: gute Desinfection der Mutter, ausgiebige Reinigung der Umgebung des kindlichen Auges, besonders der Lidhaut, mit Borwasser oder einfachem gekochtem Wasser. Nur bei wirklichem Verdacht auf Blennorrhoë der Mutter greife man zu den Lapistropfen.

---

171) **Th. Ewetzky.** Ueber die Bindehautdiphtherie und ihre Behandlung mit Heilserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 31.)

E. beschreibt 2 Fälle, welche die Beziehungen zwischen Croup und Diphtherie, sowie die Frage der Serumbehandlung dieser Affectionen kennzeichnen.

Fall I. Am 13. 9. 95 wurde ins Ambulatorium der Augenklinik ein 1jähriges Mädchen wegen linksseitiger Augenentzündung gebracht. Die Mutter, eine Bettlerin, lebt in sehr ärmlichen Verhältnissen. Das Auge des Mädchens war am 5. 9. erkrankt. Die Infectionsquelle konnte nicht ermittelt werden. Das Kind sieht mager, blass, schlecht genährt aus, macht aber nicht den Eindruck eines Schwerkranken, Temp. 36,6°.

Das obere Lid des linken Auges beträchtlich geschwollen, rötlich, weich, verlängert, und verdeckt den freien Rand des unteren Lides. Die Haut des letzteren leicht ödematös. Secretion dünnflüssig, trübe, von geringer Quantität. Die Lider lassen sich leicht umstülpen. Bindehaut mit einer fest anhaftenden, gelblich-grauen, fibrinösen Membran bedeckt; am unteren Lid ist dieselbe dünner und reicht nicht ganz bis zum freien Lidrand. Die Membran lässt sich leicht in grossen Fetzen von der Bindehaut abheben; letztere injiciert, leicht geschwollen, stellenweise blutend; nirgends diphtheritisches Exsudat ins Gewebe selbst. Conjunctiva bulbi etwas gerötet; Hornhaut normal.

Rechtes Auge gesund, ebenso die Nasen- und Rachenschleimhaut.

Die microscopische Untersuchung der Membran, das Culturverfahren, Jnoculation auf Tiere ergibt die Anwesenheit Löffler'scher Bazillen.

Weiterer Verlauf und Ausgang:

15. 9. Schwellung und Rötung der Augenlider intensiver; Schleimhaut wiederum fast auf ihrer ganzen Ausdehnung mit einer croupösen Membran bedeckt. Gegen die Mitte des freien Randes am oberen Lid geht das croupöse Exsudat in Form einer schmalen Zunge auf den intramarginalen Raum über. Cornea intact. Secretion reichlicher und ausgesprochen eitriger.

16. 9. Schwellung und Rötung der Augenlider noch intensiver. Die Membran bedeckt die ganze Schleimhaut. Die schmale Zunge des croupösen Exsudates hat jetzt eine bedeutend grössere Strecke des intermarginalen Raumes occupiert, geht aber auf die Haut des Lides nicht über. Bis dato bestand die Therapie in der Entfernung der Membranen und äusserer Waschung der Lider

mit Sublimat (1:5000). Jetzt Seruminjection (Moskauer bacteriolog. Institut) von 5 ccm unter die Haut des Unterleibes.

17. 9. Schwellung des oberen Lides stärker, von roter Färbung mit lividem Anstrich. Das diphtheritische Exsudat ist weiter längs dem intermarginalen Raum ausgebreitet. Auf der Haut des unteren Lides, in einigem Abstand vom freien Rand, an der Stelle, wo das afficierte und verlängerte Oberlid ihr anliegt, ein kleines, oberflächliches, rundes Geschwür, welches mit diphtheritischem Exsudat belegt ist. Die Bindehaut des oberen Lides ist fast auf ihrer ganzen Ausdehnung frei von croupösem Belag; ihr Gewebe ist gerötet und geschwollen, blutet aber nicht. Die Schleimhaut des oberen Lides ist noch mit einer gräulichen, dünnen, halbdurchsichtigen Membran, welche nicht ganz bis zum freien Rand hinreicht, bedeckt. Die Conjunctiva bulbi und Cornea unversehrt. — Zweite Seruminjection (5 ccm).

18. 9. Das Kind hält das Auge halb offen, was noch nie im Verlauf der Krankheit bemerkt wurde. Schwellung des oberen Lides bedeutend geringer, Ausfluss ebenfalls schwächer. Das diphtheritische Exsudat im intermarginalen Raum etwas zusammengeschrumpft. Das Hautgeschwür am unteren Lid trocknet ein. Die Schleimhaut beider Lider frei von Membranen, gerötet und aufgelockert Keine pathologische Secretion. Hornhaut intact.

2 Monate nach Beginn der Erkrankung waren keine Spuren einer Augendiphtherie bemerkbar. Das Kind war die ganze Zeit über gesund.

Fall 11. Am 18. 10. wurde ins Ambulatorium der Augenklinik ein $3^1/_2$jähriges Mädchen mit doppelseitiger Augenentzündung gebracht. Nach der Angabe der Mutter sollen die Augen der Kleinen schon lange krank sein; sie thränen und sind des Morgens stets verklebt; die gegenwärtige starke Entzündung begann jedoch am 7. 10.; zuerst erkrankte das linke und 6 Tage darauf auch das rechte Auge. Trotz der von einem Specialisten eingeleiteten localen Behandlung verschlimmerte sich das gegenwärtige Augenleiden rasch. Die Eltern des Mädchens bewohnen im Centrum der Stadt ein mit Miethern überfülltes Haus, leben jedoch in ziemlich guten Verhältnissen. Die Familie besteht aus mehreren Kindern, von denen keines an einer Halskrankheit gelitten hat. Die Mutter erinnert sich, dass bei dem Hausknecht vor 4 Wochen ein kleines Kind in 3 Tagen an einer Halsaffection gestorben ist, danach soll der Hausknecht zu wiederholten Malen in ihrer Wohnung gewesen sein.

Das Kind sieht gut genährt und kräftig aus und scheint ausser der Augenaffection völlig gesund zu sein. Temp. 37,2°. An der rechten Hand ist in der Gegend des Metacarpo-Phalangealgelenkes des Zeigefingers ein Hautgeschwür mit geröteten und elevierten Rändern sichtbar, welches mit eingetrockneten Krusten bedeckt ist, wozwischen am Geschwürsgrund graues Exsudat zu sehen ist; die Ulceration sei eine Woche vor der Erkrankung des linken Auges erschienen. Nasen- und Rachenhöhle sind gesund.

Linkes Auge. Das obere Lid ist sehr stark geschwollen; seine Haut ist glatt, glänzend, gerötet; die Falten sind völlig ausgeglichen. Das Lid ist bedeutend verlängert und verdeckt mit seinem freien Rand das untere Lid auf einer ansehnlichen Strecke. Man kann es nur mit einiger Mühe umstülpen, weil der Tarsus verdickt, infiltriert ist und seine Elasticität eingebüsst hat. Der intermarginale Raum ist in der Mitte des Lides auf einer Strecke von mehr als 1 cm mit einer fest anhaftenden Membran bedeckt, welche auch auf die benachbarte Hautpartie sich erstreckt und einen Streifen von derselben Länge und 4—5 mm Breite bildet. Die Haut des unteren Lides ist leicht ödematös und weist mehrere kleinere Ulcerationen mit festem, grauem Belag hie und da zerstreut auf. Dieselben befinden sich in dem Teil, welchem das verlängerte obere Lid anliegt. Die Lidspalte ist völlig geschlossen; aus ihr quillt eine Menge dünnen, trüben Secretes. Die Schleimhaut des oberen Lides ist mit einer dicken, festen, grauen Membran bedeckt, welche mit dem Exsudat im intermarginalen Raum unmittelbar confluiert. Nur selten trifft man kleine Inselchen der Bindehaut frei von Exsudat. Mit der untergeschobenen Sonde lässt sich die ganze Membran in toto von dem unterliegenden Gewebe leicht ablösen; nur am Rand des Lides haftet sie fester an. Jedoch lässt sich die Membran nicht mit einem Wattebäuschchen wegwischen. Die freie Schleimhaut ist stark injiciert, verdickt, jedoch ist nirgends diphtheritisches Exsudat in dem Gewebe selbst sichtbar. Das untere Lid ist ebenfalls afficiert, das croupöse Exsudat ist aber hier dünner und reicht nicht bis zum Lidrand. Die Bindehaut des Augapfels ist leicht ödematös und gerötet. Die Hornhaut ist unversehrt.



Rechtes Auge. Die Lider sind ein wenig geschwollen; die Lidspalte ist geschlossen. Die Haut um die äussere Commissur herum ist auf mehrere Millimeter hin mit einer fest anhaftenden, grauen Membran bedeckt. Die Bindehaut des oberen Lides ist injiciert, verdickt, aber nicht mit fibrinösem Exsudat bedeckt; auf der Schleimhaut des unteren Lides sieht man eine dünne, zarte, graufarbene Membran, welche vom unterliegenden Gewebe, das ebenfalls gerötet und verdickt ist, sich leicht ablöst, die Bindehaut des Augapfels ist gesund, die Hornhaut unverändert.

Die microscopische Untersuchung der Membran am Auge und des Exsudates vom Grund des Hautgeschwürs wies eine grosse Menge von Stäbchen auf, welche den Löffler'schen Bazillen völlig glichen; sie gehörten dem 3. morphologischen Typus von Martin an (lang, miteinander verwickelt), den letzterer für den bösartigsten hält. Auch die Culturen und Tierversuche bestätigten die Diagnose.

Verlauf und Ausgang der Krankheit. Am 18. 10. wurde die 1. Injection des Heilserums unter die Haut des Unterleibes gemacht (10 ccm).

19. 10. Das diphtheritische Exsudat auf der Haut um die rechte äussere Commissur herum beginnt einzutrocknen und deutlich zu schrumpfen. Die Membran auf der Bindehaut des unteren Lides ist dünner geworden. Links hat sich das Oedem des oberen Lides etwas vermindert; am Lide selbst sind Falten bemerkbar, jedoch ist die Schwellung und Rötung noch immer erheblich. Die Lidspalte ist geschlossen. Das diphtheritische Exsudat auf der Haut der Lider ist trockener geworden.

Die Membranen auf der Mucosa beider Lider sind unverkennbar dünner und durchsichtiger geworden und lassen sich leicht mit einem Wattestückchen wegwischen, was vorher nicht geschehen konnte. Das Gewebe selbst ist stark injiciert und verdickt. 2. Seruminjection (10 ccm).

20. 10. Rechts fährt das diphtheritische Exsudat auf der Haut zu schrumpfen und zu trocknen fort. Die Schleimhaut ist frei von Belag, gerötet, aber weniger verdickt als links. Die Schwellung des linken oberen Lides hat etwas abgenommen, das Oedem ist aber noch beträchtlich; die Lidspalte ist geschlossen und das Lid völlig immobil. Die Hautulceration hat sich vom diphtheritischen Exsudat gänzlich gereinigt, ist rot und granuliert leicht. Die kleinen Ulcerationen auf der Haut des unteren Lides sind gänzlich angetrocknet. Die Schleimhaut des oberen Lides ist fast ganz ohne Belag, aber noch intensiv rot und verdickt; ihre Oberfläche ist etwas uneben. Am unteren Lid ist eine dünne, durchschimmernde Membranschicht, welche lange nicht die ganze Mucosa occupiert, zu sehen. Das Geschwür an der Hand ist mit einem Schorf überzogen.

21. 10. Links Schwellung geringer; die Hautfalten treten deutlicher hervor; das Lid ist etwas beweglich, doch das Auge ist noch immer geschlossen. Das diphtheritische Exsudat haftet noch am intermarginalen Raum, ist aber bedeutend eingetrocknet. Auf der Schleimhaut des oberen Lides sind noch kleine Inselchen von Belag nur in der Nähe des freien Randes sichtbar; am unteren Lid ist ein durchsichtiger, dünner Belag in Form von einer Insel erkennbar. Die Bindehaut ist rot, verdickt, locker.

23. 10. Rechts verraten die abgelaufene Entzündung eine geringe Schwellung und Rötung der Schleimhaut und kleine Ulcerationen am äusseren Augenwinkel, welche mit Börkchen bedeckt sind. Das linke Auge ist halb offen; die Schwellung hat bedeutend abgenommen; die Rötung des Lides ist kaum bemerkbar. Das Geschwür auf der Haut ist mit einer trockenen Borke bedeckt. Auf der Schleimhaut sind keine Membranen vorhanden, aber sie ist noch immer gerötet und verdickt, nur in geringerem Masse als früher. Die Secretion ist unbedeutend.

25. 10. Das linke Auge öffnet sich gut; Lidschwellung unbedeutend. Schleimhaut weniger rot und verdickt. Ulcerationen an den Lidern kleiner, mit Börkchen bedeckt. Das Geschwür an der Hand unansehnlich; seine Ränder eben, nicht entzündet; es ist völlig mit einem Schorf überzogen.

30. 10. An Stelle der früheren Ulcerationen sind zarte Närbchen getreten. Dasselbe ist einen Monat später erkennbar. Die Bindehaut beider Augen ist ein wenig gerötet und verdickt, in welchem Zustand nach Angabe der Mutter die Augen schon immer gewesen sein sollen (jedenfalls war das Hautgeschwür das primäre gewesen und die Infection dadurch, dass sich das Kind mit dieser Hand die thränenden, entzündeten Augen rieb, auf letztere übertragen worden).

Wenn man sich auf den Standpunkt derjenigen stellt, welche die Selbständigkeit des Croups und der Diphtherie der Bindehaut

anerkennen, so lassen sich obige beiden Fälle schwer unter eine und dieselbe Rubrik unterbringen. Der erste Fall zeichnete sich durch alle charakteristischen Merkmale des Croups aus: die Schwellung der Lider war mässig ausgebildet; das obere Lid blieb biegsam und konnte leicht umgestülpt werden; das fibrinöse Exsudat liess sich von der Schleimhaut, welche keine Spuren einer schweren Läsion aufwies, leicht abheben; die Hornhaut war intact; endlich war die Affection eine rein örtliche, nicht compliciert mit einer gleichen Affection anderer Schleimhäute; die Infectionsquelle konnte nicht ermittelt werden. Aber auch Symptome, welche in das Bild eines reinen Croups nicht hineinpassten, konnten nicht verkannt werden: die Necrose der oberflächlichen Hautschichten am unteren Lid, am intermarginalen Raum des oberen Lides und am äusseren Augenwinkel. Im 2. Fall traten die charakteristischen Zeichen der Diphtherie deutlicher hervor, aber es fanden sich auch Croupmerkmale, indem die Schleimhaut nicht mit diphtheritischem Exsudat durchtränkt war und die fibrinöse Membran sich von der Oberfläche in toto ohne grosse Schwierigkeit abheben liess; überdies war die Hornhaut unversehrt, obgleich das Leiden bereits 12 Tage anhielt. Noch besser aber deuteten die Ergebnisse der bacteriologischen Prüfung bestimmt darauf hin, dass beide Affectionen identisch sind. E. will also 2 Formen der Augendiphtherie unterschieden wissen, die oberflächliche und tiefgreifende. Die erstere ist durch Absetzung eines fibrinösen Exsudats auf der Bindehautoberfläche gekennzeichnet, wobei letztere nicht der Necrose mit nachfolgender Vernarbung anheimfällt und die Hornhaut keine Tendenz zur Ulceration zeigt, so dass die Prognose im allgemeinen günstig ist. Die zweite Form ist durch Exsudation in das Gewebe selbst, successive Necrose und Vernarbung desselben, häufige und schwere Complicationen von Seiten der Hornhaut und äusserst ungünstige Prognose charakterisiert. Jedoch dürfte auch bei der superficiellen Form die Möglichkeit eines Uebergreifens des Processes auf die benachbarten Schleimhäute mit nachfolgender schwerer Allgemeininfection, als auch einer Uebertragung des Infectionsstoffes auf andere Familienmitglieder nicht ausser Acht gelassen werden.

Mit der Zurechnung des Croups zur Diphtherie entsteht die Frage von der Incongruenz der Einheit des Krankheitsstoffes bei der oberflächlichen und tiefen Form einer und derselben Affection mit dem scharfen Contrast des klinischen Bildes. Am nächsten liegt der Gedanke der Virulenz des Diphtheriebazillus. Martin fand, dass verschiedenen Graden der Virulenz auch verschiedene morphologische Typen entsprechen. So sollen lange, mit einander filzartig verflochtene Stäbchen die höchste Malignität besitzen, kurze, parallel gruppierte die geringste, mittelgrosse, gleichfalls parallele eine mässige Virulenz. In obigen Fällen war der gleiche Typus vertreten, lange, filzartig verflochtene Stäbchen, und doch war das klinische Bild ein so differentes. Einer Mischinfection legt Sourdille grosse Bedeutung bei, und soll z. B. die Anwesenheit des Streptokokkus die Prognose sehr verschlimmern. Beim 1. Falle oben waren die Diphtheriebavillen mit Kokken vergesellschaftet, deren Eigenschaften nicht näher eruiert worden sind, im 2. Falle lag keine Mischinfection vor. Oder ist eine

individuelle Prädisposition zur diphtheritischen Infection von Belang? Nach Wassermann besitzen sehr viele Menschen im Blut ein Antitoxin der Diphtherie, und zwar viel mehr Erwachsene, als Kinder, welche daher öfter und schwerer an Diphtherie erkranken. Wenn man verschiedene Quantitäten des Gegengifts im Blute und folglich auch eine verschiedene Widerstandsfähigkeit verschiedener Individuen der Diphtherieinfection gegenüber annimmt, könnte man die Varietät des klinischen Bildes erklärlich machen, wenngleich das Toxin, das von den Microbien ausgeschieden wird, von gleichgradiger Virulenz ist. E. glaubt endlich, dass auch locale Bedingungen des erkrankten Organes eine grosse Bedeutung für die Entwicklung und den Verlauf der Affection haben. Es ist Augenärzten bekannt, dass zur Augendiphtherie besonders Kinder mit kranken Augen (Blepharitiden, Bindehautentzündungen etc.) hinneigen, was auch durch obige Fälle bestätigt wird, namentlich den zweiten, wo von mehreren Kindern einer Familie nur ein vorher augenkrankes Kind erkrankt. In diesem Falle wurde die Anwesenheit von Diphtheriebazillen auch in der Nasen- und Rachenhöhle festgestellt, ohne dass diese irgendwie afficiert erschienen: sie blieben wahrscheinlich, weil vorher normal, verschont. Interessant und höchstwahrscheinlich ebenfalls durch örtliche Verhältnisse bedingt ist ferner die Thatsache, dass im Gegensatz der Kehlkopf- und Rachendiphtherie diejenige der Augen fast nie zur allgemeinen Infection und zum letalen Ausgange führt: die geringere Flächengrösse des Bindehautsackes, dessen geringere Resorptionsfähigkeit und andere unbekannte Factoren spielen da wohl eine Rolle. Jedenfalls also können auf die Entwicklung und den Charakter des klinischen Bildes der Augendiphtherie von Einfluss sein: ein verschiedener Grad von Virulenz der Bazillen, Mischinfection, individuelle Prädisposition und endlich locale Bedingungen.

In therapeutischer Beziehung ergibt sich aus den obigen Fällen, wo, abgesehen von der partiellen Entfernung der Membranen behufs bacteriologischer Untersuchung und äusseren Waschungen der Lider mit einer schwachen Sublimatlösung, eine Localtherapie nicht stattfand und nur das Serum injiciert wurde, dass letzteres recht wirksam war und das klinische Bild sehr bald günstig beeinflusste. E. ist auch überzeugt, dass kein locales Mittel so energisch hier wirkt, als das Serum es thut, und rät dem Practiker, der nicht immer bacteriologisch prüfen kann, bei jeder confluierenden Form einer fibrinösen Conjunctivitis wiederholte Injectionen vorzunehmen. Ausserdem sind nur Abwaschungen der Lider und Auswaschungen des Conjunctivalsackes nötig, die Entfernung der Membranen aber nur dann, wenn dies ohne jeglichen Traumatismus, d. h. durch leichtes Wegwischen mit Watte geschehen kann. Bei eitriger Secretion käme ausserdem noch Lapislösung in Betracht.

---

172) **Langerhans.** Tod durch Heilserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 27.)

Der bis dahin ziemlich rätselhafte „Fall Langerhans“ hatte durch das auf Grund der Section von Strassmann und Mittenzweig veröffentlichte (Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 23) Gutachten eine gewisse Klärung erfahren. Der Tod des kleinen

Langerhans sollte erfolgt sein „durch Erstickung infolge von Aspiration erbrochenen Mageninhalts in die Luftwege“. Diese Ansicht, dass nicht bloss nach dem Eintritt des Todes bei den Wiederbelebungsversuchen, sondern auch schon vorher, während des Lebens, Speisemassen aus dem Magen in die Luftwege gelangt sein müssen, stützte sich wesentlich darauf, dass das Zäpfchen ödematös geschwollen war und dass dem Tode ein zweimaliger heftiger Hustenanfall voranging.

Nunmehr zweifelt der Vater des Knaben, Prof. L., das Gutachten an, indem er folgendes erwidert:

Die kurze Zeit, wo er sein Söhnchen nach der Seruminjection verliess, befand sich dasselbe sitzend auf dem Schosse der ihn ängstlich beobachtenden Mutter. Wenn während dieser Zeit Mageninhalt aus dem Magen nach oben gekommen und in die Atemwege gelangt wäre, müsste ein Teil der Massen sich aus dem Munde nach aussen entleert haben. Es ist unwahrscheinlich, dass der ganze hochgestiegene Magenbrei in die Luftwege getreten ist, ohne dass eine Brechbewegung eintrat, ohne dass irgend etwas nach aussen entleert wurde und ohne dass plötzlich Atemnot eingetreten ist. Es erfolgte in der That in dieser Zeit ein Hustenanfall, aber durch denselben wäre doch dann Mageninhalt sicher herausgeschleudert worden. Völlig unklar wäre es ferner, wie reiner feinblasiger Schaum (Lungenödem) reichlich aus Mund und Nase dringen konnte; derselbe hätte doch mit Speisebrei gemischt sein müssen. Ausserdem steht in dem Sectionsprotocoll, dass sich „in den grösseren und mittleren Luftwegen reichliche graue, schleimig-käsige Massen“ befanden; aber der aspirierte Mageninhalt hätte bis in die feinsten Bronchien vordringen und die Alveolen hätten stark mit Luft gefüllt sein müssen, wovon aber nichts erwähnt wird. Nach L.'s Erfahrung spricht der Mangel jeder Brechbewegung, das Fehlen der Entleerung von Mageninhalt vor dem Tode nach aussen, die Hustenstösse ohne Herausschleudern irgend welcher Massen aus der Mundhöhle, das Fehlen jeder Erscheinung einer Atembehinderung, die Füllung der oberen Luftwege, das Freibleiben der unteren, feineren Luftwege und das Hervordringen von feinblasigem Schaum ohne Vermischung mit Speisebrei gegen die Ansicht jenes Gutachtens.

Und nun das Oedem des Zäpfchens, dass nach Strassmann „ganz erheblich dafür spricht, dass es sich um eine im Leben stattgehabte Aspiration handelt.“ Dieses Oedem war eine Folge von Stauung; kurz vor dem Tode bestand eine enorme Cyanose, also hochgradige Stauungshyperämie. Diese war die Ursache des tötlichen Lungenödems, der relativ reichlichen Anhäufung wässriger Flüssigkeit zwischen den Hirnhäuten und in den Hirnkammern und der starken gedunsenen Schwellung des Gesichts, besonders der Lippen und Augenlider. Dieser Abscheidung wässriger Flüssigkeiten steht nun vollkommen parallel das Oedem des Zäpfchens. Die Uvula besteht fast ganz aus lockerem Bindegewebe, daher trat das Oedem dort zuerst und am stärksten auf, und es erhielt sich dort am längsten und deutlichsten, nur deshalb, weil das Zäpfchen in liegender Stellung der Leiche nach unten hängt, die Oedemflüssigkeit sich also durch Sackung nicht entfernen konnte und die Verdunstung bei dem festgeschlossenen Mündchen ausgeschlossen war. Oedem der Uvula ist

übrigens, wie L. betont, ein überaus häufiger Leichenbefund, der auch bei anderen Todesarten, als z. B. Ersticken und Ertrinken, vorkommen kann.

L. hält an der Ansicht fest, dass der Tod seines Kindes Folge von Vergiftung ist, und da die Untersuchung lehrte, dass das injicierte Serum von normaler Beschaffenheit war, musste normales Behring'sches Serum vergiftend gewirkt haben; wahrscheinlich hat nicht der Carbolgehalt des Serums, letzteres selbst vielmehr diese deletäre Wirkung geäussert, mag es sich nun um Idiosynkrasie handeln oder nicht. Es mehren sich die Mitteilungen über Todesfälle nach Serum auch in der Litteratur; es müsste nur jedesmal eine sorgfältige Obduction vorgenommen werden, damit der Zusammenhang zwischen Serum und Tod als klar dargestellt werden könnte.

---

173) **Th. Escherich.** Bemerkungen über den Status lymphaticus der Kinder.

(Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Graz.)

(Berliner klin. Wochenschr. 1896 Nr. 29.)

E. geht vom Falle Langerhans aus. Nach Paltauf handelte es sich hier wahrscheinlich um einen jener plötzlichen Todesfälle, bei welchen die Section keine oder doch nur unbedeutende Veränderungen der lebenswichtigen Organe, dagegen das Vorhandensein eines sogen. Status lymphaticus erwiesen hat. Paltauf hat neuerdings auf die Bedeutung und Häufigkeit des letzteren hingewiesen und auf die durch ihn bedingten „plötzlichen“ Todesfälle aufmerksam gemacht, welche unter „Blauwerden des Gesichts, Husten, Krämpfe, Zuckungen u. s. w.“ erfolgten bei Kindern, die vorher für ganz gesund befunden worden waren und bei deren Section ein unbedeutendes Ergebnis zu Tage trat. Eine Categorie solcher Leichen war gekennzeichnet durch grosse Blässe der Haut, meist gut entwikkeltes Fettpolster, mehr oder minder bluthaltige Organe ohne besondere Texturveränderung, vergrösserte Milz mit deutlichen Follikeln, Zeichen lebhafter rhachitischer Proliferation in den Epiphysenknorpeln, Vergrösserung der Lymphdrüsen, Follikel und der Thymus. Dieser kann man nach Paltauf eine andere Reihe von plötzlich verstorbenen Kindern anreihen, deren Sectionsbefund durch den Mangel rhachitischer, dafür aber eine Steigerung in anderen Veränderungen gekennzeichnet ist.“ Auch hier ist die Haut sehr blass, das Unterhautfett recht wohl entwickelt; dabei sind aber die verschiedenen Teile des lymphatischen Apparates viel ausgesprochener beteiligt: die Lymphdrüsen des Halses, der Axilla, der Mesenterien u. s. f., die Follikel des Nasenrachenraums, der Darmwandungen, des Zungengrundes u. s. w. sind merklich vergrössert, desgleichen auch die Milz und deren Follikel; die Thymus wird auch hier stets über mittelgross gefunden. Weder hier noch dort kann ein charakteristischer Localbefund eines Organs wahrgenommen werden, was die Annahme einer Constitutionserkrankung zu rechtfertigen scheint.“ Die pädiatrische Litteratur ist reich an Mitteilungen von plötzlichen Todesfällen, als deren einzige Veranlassung diese lymphatische Constitution gelten musste, wenn auch zum Teil andere Ursachen künstlich hineingezerrt wurden.

Hierher dürfte auch der vielfach citierte Fall von O. Wyss (1889) gehören, wo septische Allgemeininfection durch Bacterium coli mit tötlichem Ausgang angenommen wurde; E. kann sich bei dem heutigen Stand der Kenntnisse über die pathogenen Fähigkeiten des Bacterium coli der Anschauung nicht verschliessen, dass trotz des Nachweises der Bacterien in Blut, Leber und Milz nicht diese, sondern der gleichzeit bestehende Status lymphaticus die Ursache des ganz plötzlichen Todes gewesen ist. Der Grund, weshalb der sehr gut bekannten Beziehung zwischen plötzlichen Todesfällen und Thymushypertrophie so wenig Beachtung geschenkt wurde, war der, dass die Autoren früher nur die mechanische Einwirkung, Druck oder Reiz auf die Trachea oder die zum Larynx führenden Nerven im Auge hatten, bis eben Paltauf die Vergrösserung der Thymus zusammen mit Schwellung der Milz und Hyperplasie des lymphatischen Gewebes als Symptom und Teilglied einer anormalen Körperconstitution lymphatisch-chlorotischer Natur auffasste. Die Todesfälle wiesen bestimmt auf Stillstand des Herzens als nächste Ursache hin. Dieser Stillstand trat entweder ganz unvermittelt „in voller Gesundheit“ oder aus Anlass einer Gelegenheitsursache ein, die mit einer heftigen psychischen Erregung, auch wohl angestrengter Muskelaction oder mit sonstigen, die Herzaction schwächenden Momenten (Narcose!) verknüpft war. E. verfügt über eine Beobachtung, welche zeigt, wie auch therapeutische Eingriffe, die für gewöhnlich gut vertragen werden, bei den mit dieser Constitutionsanomalie behafteten Individuen den Tod hervorrufen können.

Krebs, Johann, 2 Jahr alt, leidet seit Jahresfrist an einem juckenden Knötchenausschlag; sonst gesund. Der kleine, gut genährte, blasse, etwas gedunsen aussehende Pat. ist mit Prurigo behaftet, hat ausserdem geschwollene Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle und in den Inguinalbeugen, eine palpable Milz, ziemlich beträchtliche Leukocytose, normale Temperatur.

Am Abend wird Pat. in der üblichen Weise in Salicylwasserumschläge eingepackt und blieb darin während der Nacht ruhig liegen, bis die Wärterin gegen 5 Uhr früh bemerkte, dass er hörbar rasselte und collabierte. Der sofort herbeigerufene Arzt fand ihn total bewusstlos, Puls unfühlbar, enorm heiss, 43° bei wiederholter Messung! Es wurde sofort der Umschlag entfernt, der Körper mit in kaltes Wasser getauchten Tüchern abgerieben, der Schleim aus dem Munde beseitigt. Nach Injection mehrerer Spritzen Campheröl wurde der Puls wieder fühlbar, die Temp. sank auf 37°. Gegen $7^1/_2$ Uhr Morgens trat wieder starke Cyanose und Collaps ein, der trotz Anwendung aller Excitantien gegen $8^1/_2$ Uhr zum Exitus führte. Die Atmung war bis zuletzt äusserst frequent und angestrengt. Die letzten schnappenden Inspirationen erfolgten noch zu einer Zeit, wo die Herztöne bereits nicht mehr hörbar waren.

Bei der Section fand sich Vergrösserung der Thymusdrüse und sonstige Anzeichen des Status lymphaticus vor.

Auch die Unschädlichkeit der Seruminjectionen ist bereits so oft bewiesen, dass man von vornherein sich sagen musste, der Tod des kleinen Langerhans könne ihnen nicht in die Schuhe geschoben werden. Aber E. vermag sich auch nicht der Ansicht Strassmann's anzuschliessen, dass Erstickung durch aspirierte Speisereste massgebend gewesen sei. Dass die heftigen Hustenanfälle darauf beruhten, das ist wohl richtig; allein, um einen so plötzlichen Tod ohne vorausgehende dyspnoische Atmung zu erklären, müsste man eine förmliche Ueberschwemmung der Bronchien mit Fremdkörpern annehmen, und wie wäre alsdann möglich, dass das

Kind noch Kraft und Atem gefunden hätte zu den als heftig geschilderten Hustenanfällen und zu lautem Schreien zwischen denselben? Und wie sollte man sich erklären, dass die sofortigen energischen Wiederbelebungsversuche ohne jeden Erfolg geblieben wären, wenn nur ein grobes mechanisches Hindernis in den Luftwegen vorlag, alle anderen Functionen, besonders die Herzthätigkeit, aber intact waren? Die völlige Erfolglosigkeit dieser Bemühungen beweist, dass hier der plötzliche Nachlass und Stillstand des Herzens die eigentliche Todesursache war, ähnlich wie bei den plötzlichen Todesfällen der Lymphatiker. E. hatte wiederholt Gelegenheit, bei an Laryngospasmus leidenden Kindern solche plötzliche Todesfälle zu sehen und überzeugte sich dabei, dass ebenso wie bei dem Falle Krebs die Herzaction zur Zeit des letzten schnappenden Atemzuges bereits unhörbar war. Das Auffallende dieses Verhaltens wird klar, wenn man bedenkt, dass es bei Ertrunkenen, Erhenkten, asphyctischen Säuglingen noch durch mehrere Minuten nach Sistierung der Atmung gelingt, den Herzschlag zu constatieren und durch fortgesetzte künstliche Respiration die Atmung wieder in Gang zu bringen. E. möchte gerade in diesem gänzlichen Versagen der Wiederbelebungsversuche ein sinnfälliges Merkmal des infolge lymphatischer Dyscrasie eingetretenen Todes durch Syncope erblicken. Die Erscheinungen, unter denen hier der Tod eintrat: Das plötzliche Erblassen, das Starrwerden des Blickes, die leichten Zuckungen bei völlig freier Atmung, stimmen mit dieser Annahme weit besser überein, und stellt sich E. den Vorgang folgendermassen vor: Bei dem infolge der Einspritzung sehr erregten Kinde mag es beim Schreien zum Aufstossen von Speiseresten aus dem stark gefüllten Magen und Eindringen kleiner Partikelchen in den Larynx gekommen sein; der dadurch veranlasste heftige Hustenanfall war das auslösende Moment für den Eintritt der Herzlähmung, zu welcher das Kind in Folge des vorhandenen Status lymphaticus disponiert war; der zweite, mit Cyanose des Gesichts einhergehende Hustenanfall beschleunigte den Eintritt des Todes. Dieser und der Fall Krebs enthalten also die Warnung, bei Individuen, welche die Anzeichen jener Dyscrasie: Blässe und Gedunsenheit der Haut, pastösen Habitus, häufig mit Rhachitis und Scrophulose gepaart, Schwellung der Milz, Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes und der Papillae circumvallatae und der Zunge an sich tragen, länger dauernde hydropathische Einpackungen, Narcosen, kurz, jede Art von schwächenden therapeutischen Eingriffen nach Möglichkeit zu vermeiden. E. will übrigens gerade bei Kindern mit Prurigo besonders häufig jene Constitutionsanomalie bemerkt haben.

Noch interessanter sind die Beziehungen derselben zu 2 anderen Affectionen: Diphtherie und Laryngospasmus. Das häufigere Vorkommen der sympathischen Milz- und Thymushypertrophie in den Leichen der an Diphtherie verstorbenen Kinder ist E. erst in jüngster Zeit aufgefallen. Auch zeigten 2 in letzter Zeit beobachtete Fälle, bei welchen weder die klinischen Symptome, noch der Sectionsbefund eine ausreichende Erklärung für den Eintritt des Todes gaben, unverkennbare Zeichen des Status lymphaticus, sodass E. glaubt, dass hier der Dyscrasie einen wesentlichen Anteil am Miss-

erfolg der Serumbehandlung und dem Eintritt des Exitus zuzuschreiben ist.

Weiterhin haben die an E.'s Klinik ausgeführten Untersuchungen gezeigt, dass der Laryngospasmus, wenigstens in seiner acuten Form, die Teilerscheinung einer allgemeinen Uebererregbarkeit des Nervensystems darstellt und zumeist mit den charakteristischen Symptomen der latenten oder auch deutlich erkennbaren Tetanie vergesellschaftet ist. Dass der Tod in einem laryngospastischen Anfalle auch in einer sorgfältig geleiteten Klinik eintreten kann, zeigt folgender Fall E.'s.

Ein 9 Monate alter Knabe wurde wegen Laryngospasmus aufgenommen. Vor ca. 5 Wochen der 1., 8 Tage später der 2. Anfall, nach weiteren 9 Tagen der 3. Seit einigen Tagen jedoch 4—8 Anfälle pro die.

Kind gut genährt, etwas blass, afebril, an den inneren Organen keine Veränderungen. Im Harn Indican und Aceton. Häufige, bis zu 30, laryngospastische Anfälle geringer Intensität mit unvollständigem Glottisverschluss, dazwischen eclamptische Anfälle mit leichten clonischen Zuckungen des Körpers und des Gesichtes, conjugierter Deviation der Augen. Nicht selten ging der laryngospastische Anfall in den eclamptischen über und umgekehrt. Gleichzeitig bestand Facialisphänomen, Trousseau, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nerven, jedoch keine spontanen Contracturen; ausserdem geringe Craniotabes und rhachitischer Rosenkranz. Verdauung anscheinend normal. Trotzdem wurde in Anbetracht des Harnbefundes Calomel und Benzonaphthol verabreicht, jedoch ohne jeden Erfolg. Am 15. Tage des Spitalaufenthaltes ganz unerwartet Exitus letalis. Am Tage vorher 23 laryngospastische Anfälle. Auch am Morgen des kritischen Tages waren schon mehrere kurzdauernde Anfälle beobachtet worden, die jedoch so leicht und kurzdauernd waren, dass nur einige ziehende Inspirationen dem Fernstehenden davon Kunde gaben. Nach einer kurzen krähenden Inspiration sank das Kind plötzlich zurück. Gerade befanden sich E. und dessen Aerzte im Nebenzimmer, von wo sie sofort zu dem Kinde stürzten und alles thaten, um die Respiration zurückzubringen, — vergebens. Die Section ergab eine vergrösserte Thymus, stark entwickelte Follikel am Zungengrunde, Herz in Diastole, stark mit Blut gefüllt, grosse Milz, deutliche Follikel, im Magen reichlich unverdaute Milch.

Hier kann wohl unmöglich der Tod durch mechanische Atembehinderung des kurzdauernden und unvollständigen Glottisverschlusses eingetreten sein; es wäre sonst nicht denkbar, dass die sofortigen Wiederbelebungsversuche so ganz ohne Erfolg geblieben wären. Umstände und Sectionsbefund erinnern vielmehr durchaus an die plötzlichen Todesfälle durch Herzlähmung, die Paltauf bei Status lymphaticus beschrieben hat, wobei die gehäuften Anfälle, vielleicht auch der volle Magen das schwächende Moment für den Herzmuskel abgegeben haben mögen. Solche Beobachtungen stehen keineswegs vereinzelt da. E. besitzt die Notizen über zwei Kinder, die wegen Laryngismus in das Ambulatorium der Münchener Kinderklinik gebracht wurden, wo sie einem ganz kurzdauernden Anfalle erlagen; der Sectionsbefund ergab in beiden Fällen beträchtlich vergrösserte Thymus. Die an Spasmus glottidis leidenden Kinder stellen weitaus die grösste Zahl der im Kindesalter nicht so seltenen plötzlichen Todesfälle durch Syncope. Unter den von Pott beobachteten 8 Fällen findet sich 7 mal diese Diagnose, bei allen ergab die Section eine erhebliche Vergrösserung der Thymus, meist auch der Milz. Ist das Zufall oder nicht vielmehr ein Beweis der innigen Beziehungen zwischen Status lymphaticus und Laryngismus? Auch äusserlich ist den meisten wegen letzteren Leidens aufgenommenen

Kindern jene Constitutionsanomalie schon anzusehen, und man kann ruhig behaupten, dass die mit Status lymphaticus behafteten Kinder in hervorragendem Masse zur Erkrankung an Stimmritzenkrampf, resp. der demselben zu Grunde liegenden Neurose neigen. Freilich scheint der Zusammenhang noch recht dunkel, und man ist gezwungen, das Gebiet der Hypothese zu betreten, die sich ungezwungen bietet in der Parallele mit den Erfahrungen bei der anatomisch wie physiologisch so nahe verwandten Schilddrüse. Da, wo die letztere nicht functioniert, kommt es zur Entwicklung eines Symptomenbildes, das durch Veränderungen der Haut, der Säftemischung und insbesondere durch höchst charakteristische Störungen des Nervensystems (Tetanie, Morbus Basedowii, Kretinismus) charakterisiert ist; die Schilddrüse selbst kann dabei atrophiert oder in Form der Struma vergrössert sein. Nehmen wir nun an, dass nach Analogie der Schilddrüse die Hyperplasie der Thymus und der ihr coordinierten lymphatischen Organe der Ausdruck einer relativen Insufficienz oder eines anormalen Ablaufes ihrer Stoffwechselfunctionen ist, so wäre dieser Zustand als eine Dyscrasie oder chronische Autointoxication aufzufassen, ähnlich dem Morbus Basedowii oder dem Myxödem der Strumipriven; die Veränderungen der Haut, der Blutbereitung, insbesondere die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems zeigen entschiedene Aehnlichkeiten, während andererseits doch genügende Differenzen vorhanden sind, um diese beiden Dyscrasien zu trennen. Während die strumöse Diathese vorwiegend den Intellect beeinträchtigt und die Apathie bis zur Verblödung steigert, sehen wir bei der supponierten lymphatisch-chlorotischen Dyscrasei einen latenten Erregungszustand des Nervensystems, der auf geringfügige, für Individuen gewöhnlicher Art wirkungslose Reize mit Krampfzuständen in den verschiedensten Teilen des Körpers reagiert und dazu in besonders hochgradigen Fällen die fatale Neigung zur Syncope besitzt, die zumeist im Gefolge einer anderweitigen, das Herz schädigenden Gelengenheitsursache sich einstellt. Die Zukunft wird lehren, ob wir vielleicht durch Zuführung von Kalbsthymus den Status lymphaticus und die durch denselben gesetzten Störungen therapeutisch werden beeinflussen können.

---

174) **Biedert.** Tod unter croupähnlichen Erscheinungen.

(Berliner klin. Wochenschr. 1896 Nr. 26.)

Dass die Thymuserkrankungen, insbesondere die Thymusschwellungen schwerwiegende Folgen nach sich ziehen können, dafür liegen in der Litteratur Beobachtungen genug vor. Eine interessante Bereicherung stellt der von B. mitgeteilte Fall dar, der sich besonders dadurch auszeichnet, dass zu der Thymusschwellung sich eine acute Bronchialdrüsenschwellung hinzugesellte, der eigentlich der Exitus letalis zuzuschreiben war. Der 10monatliche Knabe, der Tags zuvor erkrankt war, wurde mit der Diagnose „Croup“ ins Hagenauer Spital eingeliefert. Es war in der That stark stenotisches Atmen vorhanden, aber es fehlte



jeder Belag und auch die bacteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Bei Inspection der Brust fiel ein Vortreten des oberen Sternalendes auf, der eine starke Dämpfung entsprach. In der Annahme, es könnte doch vielleicht aufsteigender Croup im Spiel sein, wurde intubiert, später tracheotomiert, ohne dass die Atemnot und zunehmende Cyanose beseitigt wurden; auch Membranen traten nicht zum Vorschein, und bei dem Versuche, mit dem weichen Catheter Hindernisse in der Trachea wegzuräumen, stiess man nicht sehr weit abwärts auf einen unüberwindlichen Widerstand An demselben Tage Tod. Die Section ergab eine stark geschwollene Thymus und, um beide Bronchien herum, an die Thymus sich anschliessend, 2 Pakete geschwollener Bronchialdrüsen. Der unauthaltsam herangerückte Erstickungstod war Folge der enormen Einklemmung der Thymus- und Bronchialdrüsen mit Luftröhre und Gefässen zwischen Sternum und Wirbelsäule.

---

175) **P. Bernheim.** Zur Kritik der Serumbehandlung bei Diphtherie.

(Therap. Monatshefte 1896 Nr. 6.)

B. weist in Berücksichtigung seines Krankenmaterials, das sich vom Jahre 1876 aus zurückdatiert und bis jetzt fortgeführt ist, die schon vielfach angeführte Thatsache nach, dass die dem Serum angerechnete verminderte Sterblichkeit auf anderen Factoren beruht. „Jeder Arzt, welcher seit mehr als 15 Jahren thätig ist und den Gang der Diphtherie seit jener Zeit aufmerksam verfolgt hat, weiss, dass wir uns seit 11 Jahren auf dem absteigenden Aste einer schweren Epidemie befinden und dass, abgesehen von dem absoluten Niedergang der Sterblichkeit, auch die Intensität der einzelnen Erkrankungen sich in ganz erheblichem Masse abgeschwächt und so auch einen relativen Abfall der Anzahl der Todesfälle herbeigeführt hat.

B. deutet sodann hin auf die Widersprüche der Autoren betreffs der klinischen Symptome nach den Einspritzungen; eine specifische Wirkung des Mittels tritt nicht hervor. Aber genauer studiert wird jetzt die Diphtherie selbst, und so findet sich jetzt manches, was dem Serum zugeschoben wird, in Wirklichkeit aber damit gar nicht zusammenhängt. So sagt z. B. Engel-Bey (Berliner klin. Wochenschrift 1895): „Ja auch unter den 17 Todesfällen wurde 12 mal das Verschwinden der Pseudomembranen, der Drüsenschwellung, des Fiebers und sonst mehr oder minder bedeutende Besserung beobachtet,“ ein Umstand, der jeden Zweifel an der Wirkung des Serums nehmen soll, worauf B. entgegnet: „Das schnelle Verschwinden der Beläge und Drüsenschwellungen bei schweren Fällen, von den Eltern gewöhnlich freudig begrüsst, haben kundige Aerzte von jeher als pessimi ominis betrachtet und als Boten eines schnellen Todes erkannt.“ Seiner Ansicht nach hat weder die Klinik, noch die Statistik die in das Heilserum gesetzten Hoffnungen bisher bestätigt und er fürchtet, dass eine etwa über uns hereinbrechende schwere Epidemie sie völlig zerstören wird.

---

176) **C. S. Engel.** Hämatologischer Beitrag zur Prognose der Diphtherie.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 Nr. 56.)

E. liess sich über das Thema im Verein für innere Medicin in Berlin (6. 7. 96) etwa folgendermassen aus: Bekanntlich enthält das normale Blut nach den vielfach bestätigten Angaben Ehrlich's ca. 73% polynucleäre weisse Blutkörperchen, ca. 25% Lymphocyten und ca. 2% eosinophile Zellen. E. suchte nun die Frage zu beantworten, ob im Verlaufe einer schweren Diphtherie irgend welche Veränderungen in diesen Zahlenverhältnissen festzustellen sind, insbesondere ob die Wirkung des Diphtherie-Heilserum in irgend einer Weise an der Form oder dem relativen Verhältnisse der Leucocyten zu einander zu erkennen ist. Er untersuchte 32 Kinder mit möglichst schwerer Diphtherie, von denen 15 starben, in der Weise, dass er an mehreren Tagen Trockenpräparate von dem Blute derselben anfertigte, diese mit Triacid resp. mit Eosin-Hämatoxylin oder Eosin-Methylenblau färbte und Tabellen über die vorgefundenen Leucocyten anfertigte. Seine Resultate waren folgende:

1. Die von Ehrlich für Gesunde angegebenen Zahlen fanden sich im Durchnitt auch bei den Diphtherie-Kindern, doch waren die Polynucleären im allgemeinen etwas vermehrt — bis über 80% — die Eosinophilen überschritten meist nicht 1%, gewöhnlich war ihre Zahl geringer.
2. Die Zahl der Polynucleären blieb bei einigen Kindern stets constant, bei anderen schwankte sie nicht unerheblich.
3. Es fanden sich gerade unter den am Leben gebliebenen Kinder mit bedeutender Verminderung der Polynucleären bis zu 35%, sodass das Verhältnis der Polynucleären zu den Lymphocyten nicht mehr wie gewöhnlich 3 : 1, sondern 1 : 1, ja 1 : 2 betrug.
4. In einem Falle konnte constatiert werden, dass im Verlaufe der Diphtherie die Zahl der Polynucleären regelmässig von 76% bis auf 35% herabging. Diese letztere Zahl bestand noch bei einer 3 Monate nach der Diphtherie vorgenommenen Nachuntersuchung.
5. Die Myelocyten im Sinne Ehrlich's — grosse einkernige Leucocyten mit neutrophiler Granulation im Protoplasma — fanden sich bei den 17 Kindern, die am Leben geblieben sind, fast gar nicht, 3 Kinder, die bis zu 1,5% auf dem Höhepunkt ihrer Krankheit zeigten, hatten dieselben innerhalb 8—4 Tagen wieder gänzlich verloren.
6. Alle Kinder, die mehr als etwa 3% Myelocyten im Blute hatten — 7 an der Zahl — gingen zu Grunde. Bei diesen war die niedrigste, bei einem Kinde angetroffene Zahl 3,6%, die höchste 16,4%. E. bezeichnet diese Blutbeschaffenheit als Myelocythämie bei Diphtherie.
7. Wo bei längerem Krankheitsverlauf eine grössere Anzahl Untersuchungen angestellt werden konnte, zeigte sich ein regelmässiges Steigen und dann Fallen der Myelocytenmenge bis zum Tode.

8. In einem Falle, wo sich ein Abscess während des Absinkens der Myelocytenzahl gebildet hatte, stieg diese Zahl plötzlich von 2% auf 12%, um nach Eröffnung des Abscesses wieder auf 3% herabzusinken. Im Abscesseiter waren keine Myelocyten, sondern polynucleäre Zellen mit neutrophiler Granulation.
9. Wie es scheint, bestehen keinerlei Beziehungen zwischen den polynucleären Zellen mit neutrophiler Granulation und den granulationslosen einkernigen Zellen, den Lymphocyten, vielmehr scheinen die neutrophil-granulierten Mehrkernigen mit den neutrophil-granulierten Einkernigen — Ehrlich's Myelocyten — sehr nahe verwandt zu sein.
10. Wenn auch alle Kinder mit hohem Myelocytengehalt im Blute starben, so zeigten doch nicht alle, die starben, eine Vermehrung der Myelocyten. Nur etwa die Hälfte der gestorbenen Kinder hatte zahlreiche Myelocyten im Blute.
11. Es ist wahrscheinlich, dass das Diphtheriegift auf die Blutbildungsstätten — vielleicht das Knochenmark — ähnlich störend einwirkt, wie es parenchymatöse Entzündungen in den inneren Organen hervorruft.
12. Die grössere Hälfte der mit Myelocyten verstorbenen Kinder hatte schon während des Lebens blutendes Zahnfleisch, blutende Mundwinkel und Blut in den Fäces.
13. Bei fast allen untersuchten Diphtheriekranken war die Zahl der Leucocyten vermehrt, bei den mit Myelocyten Gestorbenen stieg das Verhältnis der Leucocyten zu den Erythrocyten bis auf 1 : 10—20.
14. Es fiel auf, dass die Blutplättchen bei den Kindern mit Myelocyten-Vermehrung bedeutend vermindert waren.
15. Bis auf ein Kind, welches am Leben geblieben ist, waren alle Kinder mit Diphtherie-Heilserum behandelt.
16. In den Fällen, wo vor und nach der Heilseruminjection untersucht werden konnte, trat eine nicht bedeutende Verminderung der Polynucleären zu Gunsten der Lymphocyten ein, sonst blieb alles beim alten.

---

177) **Emmerich.** Ueber den Alcoholmissbrauch im Kindesalter.

(Archiv für Kinderheilkunde 1896 Bd. XX, Heft 3—4.)

E. gibt folgende Krankengeschichten als Beispiele für die Schädigung des Kindes durch Alcohol zum besten:

Auf die Würzburger Kinderklinik wurde ein 6jähriger Junge aus der Kitzinger Gegend gebracht, der das Bild einer ausgesprochenen Lebercirrhose darbot. Als einzige Ursache wurde länger fortgesetzter, allzu reichlicher Genuss von jungem, in Gährung befindlichem Wein (Most) festgestellt. Der Junge durfte den täglichen Trunk für die Familie regelmässig aus dem Keller holen, und nachdem er sich an dem süssen, noch ungegorenen Most, der seine Gesundheit nicht schädigte, täglich nach Herzenslust gesättigt hatte, setzte er die Gepflogenheit des Trinkens von Most in jedem Stadium der Gärung fort. Der Fall verlief tötlich.

Das 2½jährige Töchterchen einer wohlhabenden Familie bekam nach einem Magen- und Darmcatarrh zur „Kräftigung“ und „weil es nicht ordentlich ass“, wöchentlich 2 Fläschchen Tokayer zu je 150 g von der Mutter, denen, als die Krankheit sich nicht besserte, ein drittes hinzugefügt wurde. Als E. das Kind zum 1. Mal sah, bot es ein Krankheitsbild, aus dem er zunächst nicht recht klug

wurde: Abmagerung, hochgradige Anämie, leicht icterisch gefärbte, trockene Haut mit kleinen Petechien an den ödematös bis zu den Knieen geschwollenen Unterschenkeln, mässigen Ascites, in den Lungen mässigen Catarrh der beiden Unterlappen, deutlich verkleinerte Leberdämpfung, vergrösserte Milzdämpfung. Es bestand absolute Abneigung gegen Milch und grosse gegen andere Nahrung, wogegen der 2stündlich esslöffelweise gereichte Wein, zu dem höchstens kleine Stückchen süssen Backwerks zugefügt wurden, gierig genommen wurde. Die Entleerungen waren dünn und übelriechend. Alle Versuche, den Wein zu verringern, scheiterten an dem Widerstande der Angehörigen, die stets versicherten, das Kind könne ohne Wein nicht leben. Das Kind starb nach Zunahme der Lungenerscheinungen an Lungenödem; die Section ergab vor allem venöse Hyperämie der Hirnhäute, Catarrh und Oedem der blutreichen Lungen, auf der Magenschleimhaut und an verschiedenen Teilen des Darmes grössere und kleinere hyperämische Stellen und deutliche Lebercirrhose im Stadium der Schrumpfung, wie man sie bei notorischen Alkoholicern findet.

Ein 4jähriger, früher ganz gesunder Knabe erkrankte an schweren, sich häufig wiederholenden Convulsionen und lag in den anfallsfreien Zeiten in tiefer Somnolenz da. Tags vorher war er von den Eltern zu einem Vergnügen mitgenommen worden, wo er, nachdem die Eltern dem Bierkrug wacker zugesprochen, jedenfalls seinerseits sich ebenfalls daran gütlich gethan hatte. Erst nach 10stündiger Dauer, nachdem reichliche wässrige Entleerungen eine Verringerung der Hirnhyperämie bewirkt hatten, endeten die Anfälle.

Ein 10 Monate altes, körperlich und seelisch vorzüglich gediehenes Mädchen verlor allmählich die Lust an der Milchnahrung, wurde mürrisch, schlief unruhig und ging trotz aller Sorgfalt sichtlich zurück. Da bemerkte eines Tages die Mutter, die dem an der Brust genährten Kinde nie Wein oder Bier gegeben hatte, wie das Kind, als es zufällig ein Glas mit Bier vorübertragen sah, gierig die Händchen darnach ausstreckte und sich durchaus nicht beruhigen wollte. Und nun ergab sich, dass die Wärterin, die das Kind täglich spazieren führte, täglich in ein Wirtshaus ging, wo ihm Bier, soviel es wollte, gereicht wurde. Es bedurfte einer mehrwöchentlichen sorgfältigen Behandlung, bis die deutlich nachweisbare Leberschwellung zurückging und das Kind wieder Geschmack an Milchnahrung fand.

Ein 3jähriges Kind litt an ausgesprochener Chorea, war körperlich, wie geistig in der Entwicklung sehr zurückgeblieben, konnte weder laufen, noch sprechen und liess als einziges Wort „Bi! Bi!“ hören. Es hatte seit den ersten Monaten Bier bekommen und trank es jetzt in reichlicher Menge.

Man sieht, ob Most, Bier, Tokayer gegeben wurde, der Alcohol richtete bedeutenden Schaden an. Er thut es auch, selbst wenn regelmässig nur kleine Mengen verabfolgt werden. In Süddeutschland pflegt man bei jedem Magen- und Darmcatarrh mit Tokayer bei der Hand zu sein, in Norddeutschland spielt Cognac eine grosse Rolle, sie werden von zahlreichen Aerzten verordnet, sehr zum Schaden der Kleinen. Die immer mehr um sich greifende Nervosität unserer Schuljugend, die durchaus auf Ueberbürdung geschoben wird, wie oft verdankt sie ihr Dasein einem Alcoholgenuss! Die Kinder haben den Alcohol zur Ernährung absolut nicht nötig; mit Recht kennt J. Grosz nur 2 Indicationen für Alcoholzufuhr:

1. Plötzlich auftretende Herzschwäche bei acuter Infectionskrankheit, Collaps beim acuten Magencatarrh der Säuglinge und bei grösseren Blutverlusten.
2. Permanente Ernährungsstörungen: Rhachitis, Scrophulose, Tuberculose.

In diesen Fällen kommt die ernährende Wirkung des Alcohols und Einschränkung des Gewebszerfalles infolge der Verbrennung des Alcohols zu Kohlensäure und Wasser zur Geltung, sonst aber, und besonders bei gesunden Kindern, herrsche absolute Abstinenz.

---

178) **A. Schmidt.** Ueber die Pflege kleiner Frühgeburten.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1896, Bd. XLII. Heft 3—4.)

Sch. berichtet, wie er sein vor einem Jahre, 70 Tage vor dem normalen Termine, mit einem Gewicht von 1490 g geborenes Kind so weit heraufgebracht hat, dass es jetzt 7000 g wiegt und die beste Prognose darbietet, und gibt im Anschluss daran beherzigenswerte Winke inbezug auf Pflege und Ernährung solcher Kinder.

Zunächst ist ungemein wichtig die Warmhaltung. Es genügt durchaus nicht, dass man so ein Kind warm kleidet, in Watte hüllt und mit Wärmflaschen umgibt, sondern es ist auch absolut notwendig, beim Umkleiden und Waschen, beim Transport von einem Zimmer ins andere u. s. w. ungemein vorsichtig zu sein. Man kommt ohne Brutkästen aus, wenn man das Kind richtig kleidet, rings mit Watte und Dunenkissen umgibt, unter und neben dasselbe Wärmflaschen legt, und, ausgenommen im heissen Sommer, das Bett direct vor einen geheizten Ofen stellt. Durch tägliche Wägungen sah Sch., dass kaum irgend etwas auf die Zunahme des Körpergewichts einen solchen Einfluss ausübt, wie die gleichmässige Hitze. Die Zimmertemperatur musste anfangs Tag und Nacht immer 18—19° R. betragen und jedes kleinste Versehen rächte sich sofort, indem jede kleine, auch nur vorübergehende Abkühlung die Gewichtszunahme des betreffenden Tages sofort herabsetzte, und gröbere Versehen, wenn z. B. Waschen und Umkleiden zu langsam oder zu fern von der Glut des Ofens geschahen, Collaps hervorrief. Lieber einmal eine Frühgeburt in den ersten Wochen eine Stunde in verbrauchter Luft liegen lassen, wenn die Lüftung sich nicht ohne bedeutende Herabsetzung der Zimmertemperatur bewerkstelligen lässt!

Baden in den ersten Monaten bedingt zu leicht Gefahren; Sch. versuchte es einigemale, die Folge aber war bedenkliche Körpergewichtsabnahme. Nur bei der Geburt muss gebadet werden, wie gewöhnlich; hier ist sogar oft, wie bei Sch.'s Kinde, das rücksichtslose abwechselnde Eintauchen in sehr warmes und kaltes Wasser das einzige Mittel, reflectorisch auf das Atemcentrum zu wirken. Tausendmal besser ein Kind stirbt dabei, als wenn durch mangelhafte Entfaltung der Lunge fötale Blutbahnen bestehen bleiben und später ein jammervolles, doch tötlich endigendes Siechtum folgt! Man wasche täglich 1 mal das Kind mit warmem Wasser und guter Fettseife gründlich, entblösse aber immer nur einen Teil des Körpers, trockne mit Verbandwatte rasch, pudere ein (Zinkoxyd-Talk 20 : 80) und tupfe vorher wunde Stellen mit Franzbranntwein ab. Alles das geschehe möglichst rasch vor dem heissen Ofen.

Mit dem Hinaustragen in die frische Luft hat Sch. üble Erfahrungen gemacht. Während sein Kind regelmässig alle Woche ½ Pfd. an Körpergewicht zunahm, zeigte es von dem Tage an, wo es mit 8 Pfd. Gewicht bei warmem Sonnenschein und absolut windstiller Luft in den Garten kam, gewaltige Störungen in seiner Weiterentwickelung, ohne dass eine Krankheit sich bemerkbar machte. Freilich wird man trotzdem gut thun, auch kleine Frühgeburten nach Verlauf der ersten Wochen bei absoluter Windstille im heissesten Sommer in die Sonnenglut hinauszutragen, wobei auf sorgsame Plaideinhüllung gesehen und Trockenlegen im Freien streng vermieden

werden muss, verträgt das Kind die Luft aber nicht, so halte man es nur in hellen Sonnenzimmern, die man abwechselnd lüftet.

Die Bekleidung bestehe nicht in Watte, Decken und Kissen allein, das Kind muss richtig in Wäsche gesteckt werden, die aber vorher sorgfältig getrocknet und angewärmt werden muss. Über das baumwollene Hemdchen komme ein mit Ärmeln versehenes Leibchen aus Wolle, weil, wenn das Kind unbemerkt im Schlafe bricht, jeder andere Stoff gleich durchtränkt wird, Wolle aber nicht so leicht. Bei Kindern, die nur ein weisses (baumwollenes) Kindertuch haben, ohne Flanelltuch darüber, ist, wenn sie Urin gelassen haben, der Unterleib immer nass und kalt, schwere Ernährungsstörungen und Erkältungen sind die Folge. Ein Flanelltuch darf über dem weissen Tuche nicht fehlen; ersteres sei in den ersten 8 Wochen 4eckig und werde nur um Leib und Oberschenkel aussen herumgeschlagen, aber nicht zwischen den Beinen durchgezogen, letzteres darf erst nach 8 Wochen geschehen und kann dann ein 3eckiges Tuch benutzt werden. Mit 7—9 Monaten bekommt das Kind besser 2 Höschen, das untere aus Barchent, das obere aus Flanell.

Von einem „Warten" ist nicht viel die Rede. Sch.'s Sohn lag 6 Wochen still, ohne einen Laut von sich zu geben. Man trage aber vom ersten Tage ab das Kind täglich 4—5 mal 10 Minuten im Zimmer warm umhüllt herum, wobei Bauchlage sehr zu empfehlen ist, und wechsele im Bette die Lage alle 2 Stunden, um Hypostasen in der Lunge vorzubeugen. Auch achte man stets darauf, dass nicht Erstickung durch Decken und Kissen eintritt!

Ungeheuer wichtig ist die Ernährungsfrage. Muttermilch ist natürlich das Beste, aber die Kleinen sind viel zu schwach, um selbst zu saugen. Sch. benutzte 13 Wochen lang die Milchpumpe, dann konnte das Kind saugen, und von diesem Tage an, wo der natürliche Reiz auf die Brust der Mutter wirkte, stieg die Milchmenge bedeutend, die schon zu versiegen drohte, sodass künstliche Beifütterung stattfinden musste, und die Mutter konnte noch 3 Monate lang nähren. Natürlich ist strengste Aseptik zur Vermeidung einer Mastitis erforderlich! Am besten ist die einfache birnförmige Milchpumpe. Sch. fand aber, dass beim Absaugen eine überraschend grosse Quantität Speichel mit in die Milch fliesst, die natürlich durch die darin wimmelnden Gärungs- und Fäulniserreger nicht gerade verbessert wird. Sch. nimmt sogar an, dass wegen dieses Speicheleinfliessens die Häufigkeit der Darmerkrankungen bei Kindern bedingt wird, die durch die Milchpumpe ernährt werden müssen! Er ersann einen sehr billigen Apparat, durch den diesem Übelstande abgeholfen wird. In ein dickes, kurzes Reagenzglas wird ein doppelt durchbohrter Gummipfropfen als Verschluss gethan und durch die beiden Öffnungen je eine rechtwinkelig gebogene Glasröhre gesteckt. Dieser Apparat wird in den in der Mitte durchschnittenen Schlauch eingeschaltet, der von der Milchpumpe zum Munde des Saugenden führt. Die Milch wird aus der Milchpumpe direct dem Kinde gereicht, was schon folgenden Vorteil hat: das Einbringen des Saugers ist bei der Frühgeburt meist etwas schwierig, man müsste es aber so oft wiederholen, wie die Luft in der Flasche so verdünnt wird, dass keine Milch mehr herauskommt. Ein kräftiges Kind lernt rasch, in solchen Momenten zu pausieren, bis wieder die Milch zu fliessen beginnt, eine Frühgeburt ist hülflos.

Die Milchpumpe aber hat die zur Aufnahme der Warze bestimmte Seitenöffnung; auf diese wird beim Trinken der Daumen gesetzt, der, sobald die Milch nicht mehr fliesst, leise gelüftet wird, bis die Milch wieder abfliesst. Was die Zahl der Mahlzeiten anbelangt, so brauchen Frühgeburten anfangs mindestens 6 während des Tages, und des Nachts dürfen sie zuerst nicht länger als höchstens 4, oft nicht länger als 3 Stunden ohne Nahrung sein. Sch.'s Kind musste, da die Muttermilch nicht reichte, vom 2. Monat an künstliche Beinahrung erhalten, die es, ohne je Durchfall zu bekommen, vertrug. Zuerst wurde Vollmer's Muttermilch zugesetzt, die vorzügliche Dienste leistete, aber nur in den ersten 4—6 Monaten ausreichte. Dann ging Sch. zu frischer Kuhmilch mit dünnen Gerstengraupen resp. Haferabkochungen und Milchzucker, 15 Minuten im Soxhlet gekocht, über, erzielte aber keine günstigen Resultate, weshalb nunmehr Gärtner'sche Fettmilch verabfolgt wurde, die wieder sehr gut einschlug. Bald aber genügte dieselbe nicht mehr, und nun wurde mit gutem Erfolge frische, unverdünnte Kuhmilch gegeben. Dieselbe bewirkte aber dann Obstipation in so hohem Grade, dass zuletzt wieder eine Verdünnung gegeben werden musste: dicker Gerstengraupenschleim 1 : 4 Milch. Davon nimmt das Kind jetzt, d. h. 1 Jahr nach dem Tage der erwarteten Geburt, 6mal 200 g. Ausserdem erhält es 2mal täglich 75 g Kalbfleischbrühe und 1 mal 1 Theelöffel Eidotter. Seit 3 Wochen bekommt es nachts nichts mehr. Das Kind ist munter, hat feste Muskeln, keine Spur von Rhachitis. Es hat 6 Zähne, 2 obere und 4 untere Schneidezähne. Die beiden ersten Zähne kamen ohne Beschwerden, bei den 4 anderen jedoch erkrankte das Kind bei jedem Zahne für 3—5 Tage mit Fieber von 39,7—40,2° im After, absoluter Nahrungsverweigerung, grösster Unruhe, schnell vorübergehenden nächtlichen Husten ohne Rasselgeräusche und Abnahme des Körpergewichts zu 160 g in 24 Stunden, welche Erscheinungen sofort verschwanden, sobald der Zahn durchgebrochen war.

---

179) **H. Lahmann.** Was lehren die Anklagen gegen die Milchsterilisierung?

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 Nr. 49.)

L. ist nicht der Ansicht, dass die Sterilisierung der Milch daran schuld ist, dass so viele Kinder jetzt nicht gedeihen, anämisch, rhachitisch werden, Barlow'sche Krankheit acquirieren u. s. w., sondern er glaubt, dass die einseitige Milchernährung, wie sie jetzt im Zeitalter der Sterilisation gang und gäbe ist, der massgebende Factor ist. Milch enthält zu wenig Eisen, Natron und Kalk, Stoffe, die für eine rationelle Ernährung unbedingt notwendig sind. Die früheren acuten Ernährungsstörungen waren nicht so schlimm, als die jetzige einseitige Ernährung. Auch L. gibt Milch, die er 10—30 Minuten im Wasserbade kochen lässt, aber er setzt der Tiermilch seine vegetabile Milch zu und verabreicht spätestens von der 12. Lebenswoche ab zuerst 1 mal am Tage, später 2 mal ½ Flasche Fruchtsaft, der er eine halbe Flasche jenes Milchgemenges folgen lässt. L. hat mit dieser Kost, der er noch vom 6. Monat an eine Gemüsemahlzeit hinzufügt, sehr gute Resultate erzielt. Am besten ist Apfelsinensaft, aber auch die anderen Säfte frischer Früchte (Kirschen,

Erdbeeren, Stachel-, Johannis- und Heidelbeeren, Pflaumen, Birnen, Aepfel) sind zweckmässig. Ein Aufkochen selbst geernteten Obstsaftes ist nicht nötig, anderenfalls soll man kurz aufkochen und abschäumen. In Ermangelung frischen Obstes nehme man auch Saft von Backobst oder selbst eingemachten Früchten, nie aber Fabrikware. Bei Neigung zu Verstopfung gibt L. Obstsäfte sogar schon früher. Von Gemüsen bekommt das Kind 1 mal am Tage zuerst einen Brei von Spinat und Möhren, später jedes Gemüse, gegen welches kein Widerwille besteht. Am besten ist es, Gemüse und Reis zu gleichen Teilen zusammenzukochen und hernach durch einen „Durchschlag“ zu rühren. Selbstverständlich wird dabei die Milchmenge entsprechend verringert; wird zuerst eine kleine Gemüsemittagsmahlzeit und hinterher $^1/_2$ Flasche Milch gegeben, so fällt bei besserem Appetit nach dem kleinen Näpfchen Gemüsenahrung die Milchmahlzeit einmal fort. Gemüse werden vom Säugling besser vertragen, als die üblichen Zwiebacke und Breie, die dazu wegen ihres Nährsalzmangels nicht brauchbar sind.

---

180) **R. Landau.** Zur Ernährungsfrage des Säuglings.

(Wiener medic. Presse 1896 Nr. 21—22.)

Sehr warme Empfehlung der Löflund'sche Milch, die L. bei seinem eigenen an Magendarmcatarrh leidenden Kinde und bei einem anderen mit Cholera nostras behafteten mit bestem Erfolge benutzt hat.

---

181) **R. Drews.** Ueber den Einfluss der Somatose auf die Secretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen.

(Centrablatt für innere Medicin 1896 Nr. 23.)

D. hat schon in früherer Zeit einmal auf die specifische Wirkung der Somatose auf die Secretion der Brustdrüse hingewiesen, die dann später durch 2 ausländische Autoren, Samuel Wolfe (Philadelphia) und Taube (Madrid) bestätigt wurde. D. beobachtete damals „bei stillenden Frauen, deren Milchsecretion im Abnehmen war und bei denen sich bereits Schmerzen im Rücken und Ziehen in den Brüsten eingestellt hatten als Zeichen der versiegenden Milchsecretion, durch die Darreichung von Somatose, 3—4 mal täglich 1 Theelöffel, Aufhören der Schmerzen und Zunahme der Milchabsonderung, welche nach Aussetzen der Somatose wieder geringer wurde“. Es gelang ihm auf diese Weise, in mehrereu Fällen ein längeres Stillen der Säuglinge zu ermöglichen. Seitdem hat D. 25 neue Fälle zu verzeichnen, auf Grund deren er den Satz aufstellt: „Die Somatose übt auf die Brustdrüsen von stillenden Frauen eine specifische Wirkung aus, sie erzeugt eine reichliche Secretion der Muttermilch und bringt die beim Stillen auftretenden Beschwerden rasch zum Verschwinden.“ Fast in allen Fällen waren schon vorher andere secretionsbefördernde Mittel angewandt worden, aber ohne Erfolg, während nach Darreichung der Somatose (3—4 mal täglich 1 Theelöffel in einer Tasse warmer Milch, Suppe, Cacao u. s. w.) schon nach wenigen Tagen die Wirkung eintrat. Letztere dürfte, da sie eher eintritt als eine sichtbare Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes, nicht

dieser zugeschoben werden, sondern vielmehr einem direct ernährenden Einfluss der Somatose auf die Brustdrüsen, wodurch diese zu gesteigerter Secretion veranlasst werden.

---

182) **L. Fürst.** Zur Behandlung der lymphatischen Anämie.

(Der ärztliche Practiker 1896 Nr. 11.)

Es gibt 2 Formen der Anämie der Kinder: Bei der einen, der rein anämischen, bei der die Chromocyten der Zahl nach verringert sind und zugleich ihr Hämoglobingehalt vermindert ist, sind die Pat. fettarm, besitzen zarte Haut mit durchschimmernden Venen, zeigen aber keine Drüsenschwellungen. Bei der anderen, die F. als „lymphatische“ bezeichnet, findet sich neben der Abnahme der Chromocytenzahl und des Hämoglobins zugleich recht oft eine Zunahme der Leucocyten, und diese Leucocytose geht sehr oft einher mit einer allgemeinen Vergrösserung der Lymphdrüsen und Vermehrung der Lymphzellen; die Pat. selbst sind nicht fettarm, oft sogar fettreich, haben aber wenig entwickelte Musculatur und „pastöses“ Aussehen. Diese Form behandelt nun F. seit Jahren erfolgreich folgendermassen: Als Nahrung gibt er nicht lange sterilisierte, nur abgekochte, fettreiche Milch, reinen Cacao, Eier, frisches Fleisch, gekochtes und rohes Obst, saftige Gemüse, besonders Spinat, von Gebäck nur Zwieback und den Krustenteil von Weissbrod oder gut ausgebackenes Schwarzbrod in mässiger Menge, Reis, Gries, Gräupchen in verschiedenen Formen, namentlich als Suppen mit Fleischbrühe und als Milchspeisen. Mehlhaltige Kost, Kartoffeln, Leguminosen, fette Fleisch- und Wurstarten, saure, marinierte und gepökelte Speisen sind verboten. Wichtig ist Gymnastik, tägliche Bewegung in frischer Luft, beste Lufterneuerung in der Schlafstube. 3 mal wöchentlich bekommen die Pat. ein warmes Bad (27° R.) von 20 Minuten Dauer mit $^1/_2$—1 kg von Mattoni's Eisenmoorsalz, wobei das Kind bis an den Kopf im Wasser sitzen muss; nach dem Bade trocknet man es gut ab und frottiert die Haut mit Franzbranntwein und Salz (je 1 Esslöffel auf 1 Liter stubenkalten Wassers) nach, worauf 1 Stunde Bettruhe eintritt. An den badefreien Tagen nur die Abreibung, und zwar früh. Auf die Drüsen wird abends Jodvasogene in centripetaler Richtung eingestrichen. Im Winter erhält das Kind früh und abends 1 Esslöffel von Lahusen's Jodeisenleberthran, im Sommerfrüh und abends 1 Esslöffel Helfenberger Ferro-Manganijodopeptonat mit ebensoviel Tokayer vermischt. Sehr gut im Sommer dabei Aufenthalt im Tannenwald und Gebirge, bei grösseren Kindern auch Schwimmen, Radfahren und Schlittschuhlaufen.

---

183) **Naef.** Ein Fall von Barlow'scher Krankheit.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896 Nr. 12.)

Typischer Fall, nur etwas neues in Bezug auf Prodromalerscheinungen bietend: 7 Tage nämlich vor dem Beginn der Affection stellten sich unter Fieber und Schmerzensäusserung Knoten und Bläschen auf der Streckseite des linken Unterschenkels und vorn auf der Brust über der 7. rechten Rippe ein; an letzterer Stelle sah man nur 2 Efflorescenzen, an ersterer aber

etwa 10 gerötete, leicht erhabene, etwa 8 mm im Durchmesser haltende Flecke, bei denen zum Teil die Epidermis leicht abgehoben erschien. Die Eruption war mit Auftreten der periostalen Blutungen bereits abgeheilt.

---

184) **A. Wolisch.** Zur Behandlung der Meningitis cerebrospinalis mittels heisser Bäder.

(Therap. Monatshefte 1896 Nr. 5.)

W. wandte bei 7 Kindern im Alter von 5—10 Jahren bei ausgebrochener Genickstarre heisse Bäder an. 5 mal trat Restitutio ad integrum ein, 2 endeten letal, und zwar der eine, in welchem die foudroyante oder Meningitis siderans vorlag, binnen 48 Stunden, der andere in einem sehr späten Stadium der Krankheit, wo die Bädertherapie nur durch die ersten 2 Wochen durchgeführt wurde und später aus anderen Gründen nicht mehr durchführbar war. W. ist weit davon entfernt, den über Erwarten günstigen Ausgang in den 5 ersten Fällen lediglich auf Rechnung der heissen Bäder zu setzen, aber er gewann entschieden den Eindruck, dass letztere den Gesamtverlauf der Krankheit milder machen, ihn in ruhigere Bahnen lenken. Das geschieht vielleicht dadurch, dass die dem Bade folgende Hyperämie der Haut eine Verringerung des Blutgehalts im Gehirn und Rückenmark zur Folge hat und das Bad somit gleichsam wie eine Blutentziehung ohne Blutverlust sich verhält, ferner dadurch, dass die vermehrte Schweisssecretion die Wegschaffung der im Blute angesammelten Toxine beschleunigt. Jedenfalls erhöht das heisse Bad auch bei bestehendem Fieber zuvörderst die Körpertemperatur nicht, sondern bewirkt vielmehr meist sogar Herabsetzung derselben, schädigt auch das Herz nie, übt sogar deutlich einen tonisierenden und regulierenden Einfluss auf dasselbe aus, und endlich wirkt es in hohem Masse beruhigend und schmerzstillend.

Was die Ausführung der Methode anbelangt, so wird der Pat. in ein Bad von 26—27° R. gesetzt, und allmählich heisses Wasser nachgegossen, bis die Temperatur 32° R. beträgt. Auf den Kopf kommt Eis. Transportiert muss der Pat. rasch und sehr schonend werden; es soll die Badewanne ganz nah am Bett, in einem Niveau mit diesem sich befinden, bei hochgradiger Schmerzhaftigkeit wird das Leintuch, auf welchem Pat. eben ruht, an je 2 Zipfeln von 2 Personen ergriffen und mitsamt dem Pat. ins Bad gesenkt. Der Kopf werde nicht berührt! Nach dem Bade kein Abtrocknen oder Abreiben, Pat. wird vielmehr auf ein trockenes Leintuch gelagert, dem eine wollene Decke untergelegt ist, und dann in diese eingehüllt und noch mit einer leichten Decke bedeckt und bleibt so 1 Stunde eingepackt.

Die Kost sei möglichst kräftig; trotz Fiebers kann feste Fleischnahrung gegeben werden. Event. Diarrhoën contraindicieren nicht reichliche Diät; sie sind ein Zeichen der Schwächung des Organismus, und nicht einer Darmaffection und cessieren später von selbst. Auch Wein, Cognac, selbst Bier, soviel sie vertrugen, erhielten die Pat., und war der Alcohol auch bei diesem Leiden ein Tonicum und Hypnoticum ersten Ranges.

---

185) **Ewnin.** Warme Bäder bei Meningitis cerebrospinalis.
(Therap. Wochenschrift 1896 Nr. 24.)

Auch E. behandelte 5 Kinder im Alter von 5—10 Jahren mit täglichen Bädern von 36—41° C. Die Wirkung der Bäder zeigte sich, wie E. in der Gesellschaft für Pädiatrie in Moskau (März 1896) auseinandersetzte, sofort durch eine Beruhigung der schwersten meningitischen Erscheinungen, die Kinder schliefen nach dem Bade für einige Stunden ein, und die Symptome nahmen von Tag zu Tag bis zur vollständigen Heilung ab. Das Herz wurde nie geschädigt.

Charakteristisch ist z. B. folgender Fall: Ein 10jähriges Mädchen wurde am 2. Tage ihrer Erkrankung ins Spital gebracht. Die Erkrankung hatte mit Erbrechen und hartnäckiger Stuhlverstopfung begonnen. Die geringste Bewegung des Kopfes verursachte heftiges Schreien, ebenso erzeugte ein Druck auf die Dornfortsätze starke Schmerzen. Der Kopf war nach rückwärts gezogen, die Halsmuskeln in Contractur, Temperatur erhöht, Puls schwach und beschleunigt. Mittels Lumbalpunction wurden 30 ccm einer eitrigen Flüssigkeit entleert. Auf tägliche Bäder von 36, später 38° beruhigte sich Pat., obgleich Kopfschmerz, Contractur und Fieber noch 3 Wochen bestanden. Nach Verlauf dieser Zeit nahmen auch diese Erscheinungen ab, und nach 6 wöchentlicher Krankheitsdauer verliess Pat. geheilt das Spital.

---

186) **O. Heubner.** Zur Aetiologie und Diagnose der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.
(Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.)
(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 Nr. 27.)

Die Beziehung der Cerebrospinalmeningitis epidemica auf den Pneumokokkus als Ursache befriedigt nicht; man versteht nicht, wie ein so verbreiteter Microbe diese relativ seltene Erkrankung hervorrufen soll. Weichselbaum und Jäger fanden nun, letzterer bei unzweifelhaft epidemischer Meningitis, einen anderen Microorganismus in dem meningitischen Exsudat, charakterisiert durch Diplokokken-, häufig auch Tetradenform, seine breitgedrückten, mit ihren Breitseiten aneinanderliegenden Glieder und ihre vorwiegende Localisation innerhalb der Eiterzellen. Dieser Meningokokkus intracellularis, bisher nur ein Leichenbefund, ist jetzt des Oefteren auch bei Lebenden in der bei der Quincke'schen Lumpalpunction gewonnenen eitigen Flüssigkeit constatiert worden. Er wurde rein gezüchtet; die Culturen zeigten bei jeder weiteren Uebertragung auf Agar immer üppigeres Wachstum, lehmig-gelbe Färbung, lackartigen Glanz. Nun hat H. auch Tierversuche angestellt, und es gelang ihm, auch hier die gleiche Infection hervorzurufen. Diese Versuche zeigten aber auch, dass die Virulenz des Meningokokkus keine so starke ist, wie diejenige des Pneumokokkus, was ja auch der klinischen Beobachtung entspricht: Eine Pneumokokkenmeningitis wird wohl schwerlich überstanden, führt sogar in der überwiegenden Zahl der Fälle binnen wenigen Tagen zum Tode; von den an epidemischer Cerebrospinalmeningitis Erkrankten

sterben die Hälfte bis ein Drittel und auch die tötlichen Fälle verlaufen häufig viele Wochen und selbst mehrere Monate. Ebenso erklärt sich die spärliche Zahl der eine Epidemie zusammensetzenden Fälle aus der verhältnismässig geringen Virulenz, der leichten Ueberwindbarkeit unseres Microben. Bestätigt es sich weiterhin, dass der Meningokokkus intracellularis in ätiologischem Zusammenhang mit der epidemischen Meningitis steht, dann gewinnt die durch die Lumbalpunction erreichte Vervollkommnung der Diagnostik der Meningitis eine noch erhöhte Bedeutung, insofern sie uns in den Stand setzen würde, in Zukunft sporadische Cerebrospinalmeningitis von vereinzelt auftretenden Fällen der epidemischen Cerebrospinalmeningitis scharf zu unterscheiden.

---

187) **Cassel.** Ein Fall von angeborener Lues der Schädelknochen beim Säugling.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 27.)

C. demonstrierte in der Berliner medic. Gesellschaft (17. 6. 96) ein Kind, das zuerst von Saalfeld wegen manifester Erscheinungen von Lues congenita mit 23 Sublimatbädern (à 1 g) behandelt worden war. Diese Therapie hatte jene Symptome beseitigt, wegen Anämie kam das Kind aber in Behandlung von C. Bald darauf zeigten sich bei der kleinen Pat. auffallende Erscheinungen an beiden Stirnhälften. Auf jedem Stirnbein fest anhaftend fanden sich 4—5 erbsengrosse Tumoren, über denen die Haut verschieblich war. Diese Tumoren sind trotz eingeleiteter Jodbehandlung gewachsen und zeigen heut folgendes Aussehen: Auf der rechten Stirn ist ein wallnussgrosser Tumor, der Pseudofluctuation darbietet; die Haut über demselben ist verschieblich. Am rechten Orbitalrand ein kleiner Tumor und 4—5 kleinere hinauf bis zur Haargrenze. Auf der linken Stirn ebenfalls ein kirschgrosser Tumor und auch noch einige kleine bis zur Haargrenze herauf. Vor 4 Tagen fing das Kind an, die rechte obere Extremität bei Bewegungen zu schonen, und es wurde der Arm auf Berührung sehr empfindlich. Bei der Untersuchung fand sich ein taubeneigrosser fluctuierender Tumor über dem rechten Olecranon, und ferner war in der unteren Epiphysenlinie des Humerus deutlich Crepitation nachweisbar, so, dass man auf Lösung der unteren Epiphyse innerhalb des Gelenkes schliessen musste.

Zweifellos handelte es sich um eine syphilitische Affection des Knochensystems. Eine solche betrifft bei Lues congenita meist die Röhrenknochen, äusserst selten den Schädel. Die Prognose stellt C. als eine relativ günstige hin, wenn auch Jod nichts geholfen hat. Das Kind wird nämlich von der Mutter selbst genährt, was für solche Fälle das beste ist. Es wird jetzt eine energische Schmierkur eingeleitet werden.

---

188) **A. Gruzewski.** Ein Fall von Impressionsfractur des Schädels ohne cerebrale Symptome.

(Gaz. lekarska 1896 Nr. 4. — Centralblatt f. Chirurgie 1896 Nr. 24.)

Der Schädel eines 10jährigen Knaben wurde durch die Achse eines schwerbeladenen Wagens an die Wand gepresst. Die Unter-

suchung ergab ausser einigen Hautabschürfungen des Gesichts eine subcutane Fractur des Schädeldaches, wobei ein 36 qcm betragendes viereckiges Stück des Stirn- und linken Parietalbeins vollständig aus dem Zusammenhange mit dem übrigen knöchernen Schädel losgelöst war. Hierbei war der rückwärtige freie Rand des Fragmentes nach dem Cavum cranii dislociert, der vordere dagegen bedeutend emporgehoben. Ausser Parese des N. facialis von Seiten des Nervensystems gar keine Symptome. Nach einiger Zeit hat sich das Bruchstück spontan fast vollständig in das Niveau des übrigen Schädeldaches eingestellt, und es erfolgte complete Heilung mit Hinterlassung einer schmalen Spalte an der Bruchstelle. Der Fall ist durch den fast absoluten Mangel von cerebralen Symptomen trotz Impression des einen Bruchrandes nach dem Innern des Schädels bemerkenswert.

---

189) **Placzek.** Intrauterin entstandene Armlähmung.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 Nr. 51.)

Angeborene Lähmungen bei spontan verlaufenden Geburten sind äusserst selten. P. stellte in der Berliner medic. Gesellschaft (17. 6. 96) ein 6 Wochen altes Kind mit einer solchen Lähmung vor. Die Geburt war in wenig Stunden spontan verlaufen, auch ungünstige Armlage fehlte, und doch fehlte bald bei der Untersuchung, ebenso wie jetzt, jede spontane Bewegung im rechten Arm; derselbe fällt, erhoben, schlaff herab, die Hand steht stark proniert und ulnarflectiert; in den Fingern sind leichte Bewegungen möglich, doch ist die motorische Kraft herabgesetzt gegenüber der linken Hand; Nerven und Muskeln zeigen bei electrischer Prüfung normale Reaction, nur die einzelnen Zuckungen erscheinen träger und schleppender.

Lag centrale oder periphere Lähmung vor? Nach Sachs ist für letztere charakteristisch die Schlaffheit und Atrophie der Muskeln, für erstere spastische Erscheinungen mit oder ohne Atrophie. Diese Symptome sind nun beim Neugeborenen schwer verwertbar; nur eine gewisse Muskelspannung liess sich hier bei Bewegungen erkennen. Atrophie fehlte hier, spastische Contracturen treten doch erst später auf, auch für die Bildung von Deformitäten und Wachstumstillstand, wie solche bei peripherischer Lähmung vorkommen, ist es noch zu früh. Eine weitere Schwierigkeit bietet hier der Umstand, dass Spasmus und Schlaffheit der Muskeln vergesellschaftet sind. Das differentiell-diagnostische Merkmal, dass bei cerebraler Lähmung keine, bei peripherischer die bekannten Veränderungen der electrischen Erregbarkeit eintreten, ist nicht mehr verwertbar, seit Westphal gezeigt, dass die Nerven und Muskeln von Neugeborenen viel schwerer erregbar sind, als bei Erwachsenen, und dass die Contractionen einen schleppenden Charakter haben. Gewisse Hilfsmomente für die Diagnose ergeben sich aber aus der Anamnese: 1. ist die Mutter in der Gravidität eine 15stufige Treppe herabgestürzt; 2. bietet ein 14jähriger Bruder des Neugeborenen das ausgeprägte Bild der cerebralen Kinderlähmung dar. P. nimmt also eine cerebrale Monoplegie an, bedingt durch jenes Trauma in der Gravidität, das durch die Uteruswand hindurch den Kopf des

Fötus traf. Ob bei beiden Geschwistern eine gemeinsame Krankheitsursache, ob eine familiäre Form der cerebralen Kinderlähmung anzunehmen sei, wie es für Diplegien schon geschehen ist, wagt P. noch nicht zu entscheiden. Jedenfalls ist die Thatsache des Vorkommens solcher intrauterin entstandener Lähmungen auch von forensischer Bedeutung, indem ihre Kenntnis den Geburtshelfer unter Umständen gegen die Anschuldigung einer bei Gelegenheit von Kunsthilfe von ihm erzeugten Lähmung zu schützen vermag.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

36) **Vorsicht beim Impfen!** Dieselbe ist in der That sehr nötig, wie wieder ein von Dr. Dudley (Stourbridge) mitgeteilter Fall beweist. Eines Tages erschien eine Frau mit ihrem Kinde, um letzteres impfen zu lassen. Die Frage, ob das Kind gesund sei, wurde durchaus bejaht, mit dem Hinzufügen, dass dem Kinde überhaupt nie etwas gefehlt habe. Trotzdem untersuchte D. das Kind und fand einen Ausschlag, den er sich vorläufig noch nicht so recht zu deuten wusste. Die Mutter wurde nach Haus geschickt und angewiesen, 8 Tage später wiederzukommen. Sie that es, und bei dem Kinde fand sich jetzt typisch ausgeprägte hereditäre Lues! Wäre damals die Impfung erfolgt, so würde die Zahl der Fälle von Infection beim Impfen um einen Fall vermehrt worden sein, und die Impfgegner hätten einen Beweis mehr besessen.

(The Britisch Medical Journal 5. 96. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 Nr. 62.)

37) **Eine Vaccineinfection unter dem Bilde eines Lupus nasi** beobachtete P. Heinecke, wie er in der Medic. Gesellschaft zu Magdeburg (21. 5. 96) mitteilte. bei einer Frau, welche die gut entwickelten Impfpusteln ihres Kindes mit Vaseline bestrichen und dann letztere benutzt hatte, um einige kleine Schrunden an ihrem rechten Nasenloch einzufetten. Es entwickelten sich darauf 3 Impfpocken am Naseneingang. — G. Wolfrom behandelte vor einigen Jahren eine Frau mit leichtem Fieber, sehr stark geschwollener Zunge und bedeutendem Fötor ex ore. Bei genauerem Zusehen fand er auf der Zunge 3 gut entwickelte Pockenpusteln, die, wie es sich herausstellte, dadurch entstanden waren, dass die Pat. die frisch gesetzten Impfwunden ihres Kindes ausgesogen hatte, um die Wirkung der Impfung aufzuheben.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 Nr. 29.)

38) **Serum gesunder Pferde als tonisches Mittel bei Kinderkrankheiten** benutzte Lacruz (Barcelona). Er injicierte durch 3—4 Wochen täglich 3—5 ccm und erzielte Vermehrung der roten Blutkörperchen, Zunahme des Körpergewichts und Besserung des Kräftezustandes. Sehr günstige Heilerfolge sah er z. B. bei atrophischen Zuständen, auch wurden 16 Fälle von Chorea in durchschnittlich 2 Wochen geheilt. Unangenehme Nebenwirkungen kamen nie vor, abgesehen von leichter Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung, sowie rasch vorübergehender Reizung der Niere.

(Pester medic.-chir. Presse 1896 Nr. 30).

39) **Die Verwendbarkeit der Röntgen-Photographie zur Illustration der Ossifikationsvorgänge in der menschlichen Handwurzel** wurde von Prof. v. Ranke im Aerztl. Verein München (1. 4. 96), demonstriert. Bekanntlich geht die Verknöcherung der Handwurzel beim Kinde nur sehr allmählig vor sich. Nach Kölliker findet die Verknöcherung der bei der Geburt knorpligen Handwurzelstücke in folgender Weise statt: 1. Capitulum 1. Jahr. 2. Triquetrum 3. Jahr. 4. Multangulum majus 5. Jahr. 5. Lunatum 5. Jahr. 6. Naviculare 6. und 7. Jahr. 7. Multangulum minus 7.—8. Jahr. 8. Pisiforme 12. Jahr. Diese Vorgänge lassen sich nun, wie die demonstrierten Bilder zeigen, sehr gut durch die Röntgenstrahlen schon am Lebenden nachweisen, und man ist so in der Lage, annähernd das Alter eines Kindes zu bestimmen; möglicherweise finden wir später bei rhachitischen und anderen Processen zeitliche und quantitative Verschiedenheiten im Verknöcherungsvorgang, die wir dann klinisch verwerten könnten.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 Nr. 29.)

40) **Tannigen** hat Dr. P. Palma (Reichenberg) bei 5 Kindern, die an profusen, durch ungeeignete Ernährung hervorgerufene Diarrhoën litten, mit sehr

gutem Erfolge angewandt. Bei Dosen von 0,1—0,2 3mal täglich trat bei dem einen schon nach 24 Stunden Heilung ein, in einem nach 2 Tagen; bei 2 Mädchen im Alter von 7 resp. 5 Jahren wurde ein heftiger acuter Darmcatarrh mittels 4 Dosen à 0,5 geheilt.
(Correspondenzbl. des Vereins deutscher Aerzte in Reichenberg, 15. Juni 1896.)

41) **Ueber einen Simulanten fin de siècle** berichtete jüngst Dr. Hudson. Ein 11jähriger Schuljunge wurde von der Schulbehörde in das Krankenhaus wegen „Blutharnen" eingeliefert. Trotzdem aber der kleine Pat. im Krankenhause 7 Wochen verblieb, konnte an seinem Harn nichts Abnormes entdeckt werden; letzterer reagierte sauer, hatte normales specif. Gewicht, war frei von Eiweiss und von Blut, das auch bei der Spectralanalyse nicht entdeckt werden konnte. Schliesslich, wohl des langweiligen Aufenthaltes überdrüssig, gestand der Knabe, in der Schule seinen Harn mit Carmin gefärbt zu haben, um der Schule fernzubleiben!

(The Lancet 5. 96. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 Nr. 62.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

15) **Hermann Cohn.** Ueber Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen.

Berlin, 1896, Verlag von O. Coblentz (Preis: Mk. 3.)

„Wie ich es als Aufgabe in meinen Jugend- und Mannesjahren betrachtete, unbekümmert um alle Schwierigkeiten und Anfeindungen, für die Verbesserung der Augenhygiene in den Schulen zu kämpfen, so sehe ich es als Aufgabe für den Rest meines Lebens an, die Blenorrhoë ausrotten zu helfen." So lautet ein Schlusspassus in dem neuesten Werke des um die Pädiatrie hochverdienten Autors. Nun, wenn derselbe seine Aufgabe, der Blenorrhoë den Garaus zu machen, weiter so löst, wie er es in der vorliegenden Arbeit thut, dann dürfen wir freilich hoffen, bald einen grossen Schritt weiter zu kommen auf diesem Gebiete, das noch gar zu sehr einer energischen Bearbeitung bedarf. Und Cohn hat mit aller Energie sein Ziel verfolgt, die Sammelforschung, die er im Auftrage der medic. Abteilung der schles. Gesellschaft veranstaltete, auf eine möglichst breite Basis zu stellen, er scheute keine Mühen, um Augen- und Frauenärzte, Blindeninstitute, Gebäranstalten etc. zu Aeusserungen über die Frage, statistischen Angaben u. s. w. heranzuziehen. Und so erhielt er ein imponierendes Material, das er geschickt und höchst zweckmässig sichtete und bearbeitete, sodass neue und wichtige Gesichtspunkte in Bezug auf die Verbreitung und Verhütung jener unheilvollen Erkrankung resultierten. Möge das interessante und lehrreiche Buch zahlreiche Leser finden und mannigfache Anregung zu weiteren Forschungen geben!

16) **Steinhardt.** Die Beobachtung und Pflege unserer Kinder.

Halberstadt u. Leipzig, Ernst'sche Buchhandlung (Preis: Mk. 2).

Ein medicinischer Schriftsteller, der es unternimmt, zum grossen Publikum zu sprechen, muss, wenn er mit seinen Belehrungen nicht grossen Schaden stiften, sondern nutzbringend wirken will, 2 Klippen vermeiden, die ihn fort und fort bedrohen: er darf in seiner Schreibweise, um nicht missverstanden zu werden, selbst bei Erklärung schwierigerer Gebiete, nicht geschraubt sein, sondern muss einfach und präcis, kurz und klar schreiben, ohne trivial zu werden, und zweitens muss er sich hüten, in seinen therapeutischen Auseinandersetzungen ein gewisses Maass zu überschreiten, da er sonst ein Halbwissen nährt, das die unheilvollsten Consequenzen nach sich ziehen kann. Es ist nicht leicht, diesen beiden Klippen auszuweichen, und deshalb werden derartig populär-medicinische Bücher von der Kritik mit einem gewissen Misstrauen empfangen, das auch meist nur allzu berechtigt ist. Bei dem Steinhardt'schen Werkchen hat es sich, wie wir mit Freude constatieren, als unbegründet erwiesen, der Verfasser hat es verstanden, jene Klippen zu umschiffen und ist damit von vornherein einer Verurteilung von Seiten der fachwissenschaftlichen Kritik entgangen. Ja, dieselbe kann sogar, da der Autor sehr vernünftige Grundsätze entwickelt und die neuesten Forschungen der Pädiatrie berücksichtigt, warm das kleine Buch empfehlen. Derjenige Arzt, der Mutter und Pflegerinnen auf dasselbe aufmerksam macht, dürfte des Dankes derselben sicher sein und die Beruhigung haben, dass manches Unglück verhütet werden wird, das durch unzweckmässige Behandlung des kranken und gesunden Kindes infolge Unkenntnis der betreffenden Momente, Aberglaubens, Nachlässigkeit u. s. w. geschieht.



17) **O. Vierordt.** Rhachitis und Osteomalacie.

Wien 1896, Alfred Hölder (Preis: Mk. 4,80).

Die Arbeit, dem grossen Nothnagel'schen Werk „Specielle Pathologie und Therapie" angehörend (7. Band, 1. Teil), gereicht demselben nur znr Ehre. Sehen wir hier von der Osteomalacie ab, die auch nur einen kleinen Teil (32 S.) des 147 S. starken Buches ausmacht, und beschäftigen wir uns mit dem Abschnitt „Rhachitis", so müssen wir bekennen, dass uns die Bearbeitung dieses Themas in höchstem Grade befriedigt hat. Auf alle Teile desselben: Auftreten und Verbreitung, patholog. Anatomie, klinische Erscheinungen, Wesen und Atiologie, Diagnose, Verhütung und Behandlung ist der Autor mit gleich libevollem Verständnis eingegangen und hat unter voller Berücksichtigung seiner reichen Erfahrungen und einer umfassenden Litteratur den Gegenstand vollständig erschöpft und uns ein klares Bild dieses wichtigen Leidens entrollt. Die Schreibweise des Autors ist elegant und präcis, was zum Verständnisse schwierigerer Abschnitte ungemein beiträgt, neben 12 Abbildungen, welche hauptsächlich charakteristische und interessante Fälle von Rhachitis darstellen. In Bezug auf die Therapie ist Vierordt Anhänger der Phosphorleberthranbehandlung, die er aber nur für die schweren Fälle empfiehlt; für leichtere Fälle genügen hygienische Massnahmen, Salzbadecuren und event. noch Leberthran. Bei Verdauungsstörungen soll man sich vor Ueberfütterung hüten und knappe Ernährung vorziehen. Henoch's Eisenbehandlung hat sich nicht besonders bewährt, Hygiene ohne Eisen thut dasselbe.

18) **Nadeshda Metelkina.** Zur Aetiologie und Symptomatologie der Chotea minor.

Inaug.-Diss. Bern 1896.

Eine wertvolle Arbeit, die über manchen dunklen Punkt eine gewisse Aufklärung bringt und unsere Kenntnisse über die überaus wichtige, interessante Krankheit wesentlich fördert. Sie enthält zunächst genaue Aufzeichnungen über 43 Fälle aus der Berner medic. Klinik, dem Jenner'schen Kinderspital und dem Zieglerspital; 20 derselben konnte Verf. selbst beobachten und bezüglich der Aetiologie und Symptomatologie genaue persönliche Untersuchungen anstellen, von den übrigen wurden die Krankengeschichten gewissenhaft berücksichtigt, einzelne Pat. sogar aufgesucht, um das seitherige Befinden derselben zu erfahren. So erzielte Verf. interessante Ergebnisse, die in zusammenfassender Weise im zweiten Abschnitt der Arbeit niedergelegt wurden. Die Beziehungen der Chorea zum Rheumatismus, zur Endocarditis, zu anderen Infectionskrankheiten, zu reflectorischen Reizursachen und psychischer Affection werden hier an der Hand jener Beobachtungen erörtert, über Alter, Geschlecht, Heredität u. s. w. Angaben gemacht, endlich auch die Symptomatologie und das Wesen der Krankheit beleuchtet.

19) **O. Dornblüth.** Nervöse Anlage und Neurasthenie.

Leipzig 1896, H. Hartung & Sohn.

Jeder Arzt wird die Beobachtung gemacht haben, dass die Nervosität nicht nur unter den Erwachsenen in erschreckender Weise zunimmt, sondern auch in der Kinderwelt immer mehr an Terrain gewinnt. Die Tageszeitungen berichten fortwährend über Selbstmorde von Kindern, begangen oft aus ganz unbedeutenden Veranlassungen, wie oft aber Kinder, selbst im zartesten Alter schon, heutzutage alle Zeichen der Nervosität darbieten, das weiss nur der Hausarzt, der jene von den Eltern „Eigentümlichkeit", „Ungezogenheit", „Verschrobenheit" u. s. w. genannten Zustände als neuropathische Affection erkennt. Dornblüth, ein Practiker und für den Practiker schreibend, schildert in seinem kleinen Werke (140 S.) sehr klar und anschaulich die nervöse Anlage und Neurasthenie der Erwachsenen und Kinder, er beschreibt die Erscheinungen, den Verlauf derselben eingehend, geht auf das Wesen und die Ursachen (Erziehung!, Rhachitis! Ueberbürdung in der Schule!) liebevoll ein und gibt beherzigenswerte Winke betreffs der Verhütung und Behandlung dieser Zustände. Sein Buch verdient weite Verbreitung und wird dieselbe sicherlich finden.



V. Momentbericht*)

über die anlässlich der 68. Naturforscherversammlung (Section für Kinderheilkunde) und der Jahresversammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde gehaltenen Vorträge.

Von

Dr. E. Grätzer.

Sprottau.

Frankfurt a. M., d. 21.—26. September 1896.

Leider musste das eine Hauptthema über „Angeborene spastische Cerebrospinal-Paralyse (Little'sche Krankheit)" ausfallen, da Referent (Soltmann) und Correferent (Freud) am Erscheinen verhindert waren. Das 2. Hauptthema: „Spasmus glottidis" war von Dr. Loos (Innsbruck) übernommen worden. Seine Ausführungen gipfelten in dem Satze, das der Spasmus glottidis keine selbstständige Krankheit, sondern das Symptom, und zwar das wichtigste und in diagnostischer Beziehung bedeutsamste Symptom einer Neurose, der Tetanie ist, dass dagegen ein Zusammenhang des Leidens mit der Rhachitis durchaus nicht besteht, wiewohl nicht geleugnet werden kann, dass beide Affectionen öfters neben einander vorkommen. Die Basis der Ausführungen Loos bildeten 90 untersuchte Fälle (53 Knaben, 37 Mädchen). Von den Pat. hatte nur 1 Kind das Alter von 5 Jahren überschritten, im Alter bis 2 Jahren waren 82. Redner macht auf die Schwierigkeit der Untersuchung bei solchen Kindern aufmerksam und mahnt, die Pat. an verschiedenen Tagen, und zwar immer mehrfach, zu untersuchen, um nicht zu Fehlresultaten zu gelangen. Besonders schwierig ist die elektrische Untersuchung, die aber vollkommen ersetzt werden kann durch die mechanische. Das Trousseau'sche Zeichen kommt ausser bei Tetanie sonst bei keiner anderen Erkrankung vor; es fehlte nur 1 mal. Oefters stellte es sich erst gelegentlich des Spitalsaufenthaltes ein. Alle Symptome der Tetanie und Spasmus glottidis zeigten 84 Fälle; spontane Contracturen kamen 9 mal vor, eclamptische Anfälle 4 mal. Nur 5 mal fehlten rhachitische Erscheinungen, 55 mal fand sich leichte Rhachitis, 30 mal Craniotabes. Betreffs der Aetiologie stehen wir noch ausschliesslich Hypothesen gegenüber; am berechtigsten erscheint die Annahme einer chemischen Noxe. Auch Loos konnte das gehäufte Auftreten in den kühlen Monaten bestätigen. Ernährt waren die Pat. meist nicht schlecht; von 26 Spitalspatienten waren 13 an der Brust ernährt. Die Prognose ist am schwersten, wenn die Anfälle sich sehr oft wiederholen, ferner wenn Kinder mit Pneumonie oder Pertussis betroffen werden. Meist bedingen Complicationen den Exitus letalis. Meist dauert das Leiden 3—4 Wochen, es kann aber auch 3—4 Monate anhalten; es kamen aber einzelne Fälle vor, wo nach wenigen Tagen spontan Heilung eintrat. In den warmen Monaten verlaufen gewöhnlich die Fälle auffallend mild, auch pflegen hier hartnäckige Fälle zu weichen oder sich überraschend zu bessern. Dies alles erschwert die Beurteilung der Therapie. Angewandt hat Loos die verschiedensten Mittel, stets mit wechselndem Erfolg. Der Correferent, Dr. Fischl (Prag) unterscheidet bei der Tetanie des Kindesalters obligate und fakultative Symptome. Zu ersteren gehört das Trousseau'sche Zeichen, das bei keiner anderen Krankheit vorkommt und zur Diagnose des Latenzstadiums genügt. Allerdings fehlt es öfters bei manifester Tetanie, ist also nur obligat im Latenzstadium. Weniger Bedeutung hat das Facialisphänomen und die mechanische Ueberregbarkeit anderer Nerven. Oft sind nur einzelne Nerven überregbar. So war dies 1 mal am Radialis zu constatiren, 1 mal am Radialis und Peroneus; beide Male konnte man dies gleichzeitig auch beim Facialis nachweisen. Trotzdem gehört dies Moment nur zu den fakultativen Symptomen des Latenzstadiums. Obligat ist nur Trousseau und das Erb'sche Zeichen; nur Anwesenheit eines derselben berechtigt zur Annahme des Latenzstadiums. Wie steht es nun mit dem Spasmus glottidis dabei? Unter 171 Fällen waren 108 mit Laryngospasmus

---

*) Wir bringen diesen Bericht, um unsere Leser möglichst rasch über die wichtigsten Punkte zu unterrichten, werden aber genauere Referate folgen lassen.
Die Redaktion.



behaftet. Der Satz: „Kein Laryngospasmus ohne Tetanie“ ist also nicht richtig: man kann nur sagen: Eine grosse Anzahl Fälle manifester Tetanie geht mit Spasmus glottidis einher und der Stimmritzenkrampf ist ein wichtiges klinisches Zeichen latenter Tetanie. Was den Zusammenhang des Spasmus glottidis mit Rhachitis anbelangt, so fand sich unter 108 Fällen von Laryngospasmus 69 mal Rhachitis vor. Also: combiniert sind beide Affectionen nicht immer, es besteht kein bindender Zusammenhang, wohl aber ein häufiges Nebeneinandervorkommen. Zu weit geht Kassowitz mit seinem Ausspruch, die Phosphortherapie gebe hier diagnostisch den Ausschlag. Auch Fischl ist warmer Anhänger der Phosphortherapie, dieselbe wirkt aber keineswegs constant, es handelt sich um kein Specificum, man darf also nicht solche diagnostische Schlüsse ziehen. Endlich das Verhältnis der Tetanie zur Rhachitis. 60% der Tetaniekranken boten Zeichen von Rhachitis, das kann aber zufällig sein, da in den Kliniken sehr viel rhachitische Kinder sind, besonders in dem Alter, wo auch die Tetanie am häufigsten ist. Ein zeitliches Zusammentreffen sonst war nicht zu eruieren, auch die Phosphortherapie ist nicht so eclatant. Die Identität der beiden Leiden ist also zu leugnen. In der Aetiologie der Tetanie spielen Magendarmstörungen eine grosse Rolle. Aber auch das ist wohl Zufall; gegen einen Zusammenhang spricht schon, dass gerade im Sommer, wo ja die Verdauungsstörungen so zunehmen, Tetanie selten ist. Auch sind ja in den Kliniken stets viel magendarmkranke Kinder! Dass hier familiäre Disposition oft sich überraschend kundgiebt, ist nicht zu leugnen, doch kann hier Nachahmung eine Rolle spielen, ebenso dass die Kinder einer Familie gleicher Ernährung, gleicher Pflege u. s. w. unterworfen sind. Das gehäufte Vorkommen von Laryngospasmus in der kalten Jahreszeit kommt wohl daher, dass hier die Familien in den Wohnungen zusammengedrängt sind; Luftverderbnis spielt sicherlich eine wichtige Rolle. Endlich konnte Fischl bestätigen, dass die Affection bei Knaben häufiger ist, als bei Mädchen; gegenüber 108 Knaben standen nur 63 Mädchen.

Prof. Dr. Epstein (Prag) sprach über „kataleptische Erscheinungen bei rhachitischen Kindern.“ Solche sah er in 7 Fällen (2 Knaben, 5 Mädchen). Alter der Pat. 18 Monate bis 3 Jahre. Man wird geradezu überrascht, bei solch kleinen Kindern derartig ausgeprägte Krankheitsbilder zu sehen wie sie sich hier vorfanden. Die Beharrlichkeit der Stellungen, die den Kindern von Anderen beigebracht wurde, war eine exquisite. Erhob man z. B. eine Extremität des wachen und im Bette sitzenden Kindes, so blieb dieselbe so bestehen, und erst nach einigen Minuten, aber bisweilen nach Verlauf eines längeren Zeitraumes senkte sie sich langsam wieder herab. So konnte man die bizarrsten, unbequemsten Stellungen festhalten. Am deutlichsten und constantesten zeigte sich das Phänomen an den unteren Extremitäten, an den oberen war es nicht immer und auch nicht so deutlich wahrzunehmen, aber alle Körperteile konnten schliesslich derartig behandelt werden, mit Ausnahme der Augenlider und Lippen, wo das Phänomen nicht constatiert werden konnte. Die Muskulatur der kataleptischen Partien befand sich durchaus nicht in tonischer Starre, sie war weich. Während des tiefen Schlafes gelang es nicht, die kataleptischen Erscheinungen hervorzurufen. Der sonstige Gesundheitszustand der betreffenden Kinder war ein durchaus zufriedenstellender; sie waren allerdings ziemlich schlecht ernährt und auffallend blass, als ob sie vorher eine acute Krankheit durchgemacht hätten. Ausserdem waren sie sämtlich im Wachstum erheblich zurückgeblieben und alle — stark rhachitisch. Selbst ein 3½ Jahre altes Kind konnte sich noch durchaus nicht bewegen; alle Pat. wiesen schwache, schlaffe Muskulatur auf, das willkürliche Heben der unteren Extremitäten war unmöglich. Alle Kinder waren auch geistig zurückgeblieben und zeigten eine ausgesprochene psychische Depression, Idioten aber waren sie nicht. Aber sie sprachen nichts oder waren nur im Besitz eines sehr geringen Sprachschatzes, auch die Zeichensprache war wenig ausgeprägt. Es fehlte vor allem die kindliche Munterkeit; die Kinder waren auffallend ruhig, teilnahmslos, sie konnten oft stundenlang daliegen oder sitzen, in sich gekehrt und apathisch, man konnte sie ruhig anrühren und untersuchen. So bildeten sie einen markanten Gegensatz zu den sonstigen rhachitischen Kindern, die höchst unruhig, unliebenswürdig sind, bei jeder Untersuchung schreien, sich sträuben u. s. w. Ja, man konnte hier sogar von einer gewissen Benommenheit reden. Simulation, Imitation, Hysterie, Psychosen konnten durchaus ausgeschlossen werden, ebenso suggestive und hypnotische Zustände; Epstein, aber auch Andere, gingen einfach auf das Kind zu, versetzten einen Körperteil in irgendeine Stellung, und letztere blieb bestehen, selbst wenn derjenige, welche den kataleptischen Zustand hervorgebracht, das

Zimmer verliess. Die Thatsache, dass alle diese Kinder ausgesprochen rhachitisch waren, legt den Gedanken sehr nahe, dass jenes Phänomen in die nervösen Symptome der engl. Krankheit aufgenommen werden muss, doch will Epstein auf Grund seines Materials noch nicht bestimmte Schlüsse ziehen, vielmehr die Frage vorläufig offen lassen.

Prof. Thomas (Freiburg i. B.) liess sich aus „über den plötzlichen Todesfall eines kleinen Kindes durch Hyperthermie." Es handelte sich um ein 4 Monate altes Kind, das nur wegen eines leichten Ekzems ins Spital gebracht wurde, sonst aber durchaus gesund war und kein Fieber hatte. Nach 4 Tagen war das Ekzem unter geeigneter Behandlung abgeheilt, das Kind musste als ein ganz und gar normales angesehen werden. An dem Abend wurde es völlig gesund zu Bett gebracht, gegen 4 Uhr Morgens war es etwas unruhig, weshalb die Schwester ihm seine Milchportion zu trinken gab, die es mit Appetit austrank; kein Erbrechen, überhaupt nichts Auffälliges. Um 6 Uhr vernahm man ein Stöhnen, das Kind wurde gemessen, und man fand im Rectum eine Temperatur von 42,2°. Noch während der Messung hörte das Kind auf zu atmen und war verschieden, ohnedass sich irgend welche Krampferscheinungen oder sonstige Symptome geltend gemacht hätten. Woran ist das Kind nun gestorben? Thomas vermag keine Antwort auf diese Frage zu geben. Die Section ergab nur eine grosse Thymus, etwas Milzschwellung und geringe allgemeine Follikelschwellung; das war alles. In der Discussion wies Escherich auf den sogen. Status lymphaticus hin, der auch in diesem Falle jedenfalls eine Rolle gespielt haben muss, das Fieber sei nichts anderes, als Stauungshyperthermie, wie solche zweifellos bei Kindern vorkommt.

Dr. J. Trumpp (Graz) behandelte in seinem Vortrage die „Cystitis im Kindesalter" auf Grund eines Materials von 29 in der Escherich'schen Kinderklinik beobachteten Fällen (8 Knaben, 21 Mädchen im Alter von 5 Wochen bis 9 Jahren). Seine Untersuchungen ergaben besonders das höchst interessante Resultat, dass die Colicystitis gar nicht so etwas Seltenes ist, sondern in der Praxis ziemlich häufig zur Beobachtung gelangt. Unter 17 untersuchten Fällen fand er im Harn enteritiskranker Kinder 14 mal den Colibazillus vor. Kein Zeichen wies auf eine Cystitis hin. Diese heilte auch meist spontan aus. Meist handelte es sich um Mädchen, die Infection war durch directe Durchwanderung der kurzen Urethra erfolgt. Dass aber auch Knaben befallen wurden, diese Thatsache deutet doch darauf hin, dass auch eine directe Durchwanderung durchs Rectum stattfinden kann. Jedenfalls muss man bei Kindern, die an Enteritis leiden, dem Harn Aufmerksamkeit schenken. Was die Behandlung der Cystitis bei Kindern anbelangt, so empfiehlt Redner Spülungen mit warmer Lysollösung (50—150 gr.), intern Salol (3 mal tägl. à 0,25—0,5), das anstandslos vertragen wurde (nur 1 mal Hämaturie!); auch Naphthalin und Benzonaphthol leisteten in wenigen Fällen ganz gute Dienste.

Darauf wurde eine Trias von Vorträgen über die Milch gehalten. Dr. Camerer (Urach) sprach über „die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch mit Bemerkungen über die künstliche Ernährung der Säuglinge", Dr. Schlossmann (Dresden) über „Eiweisskörper der Milch", S. R. Dr. E. Pfeiffer (Wiesbaden) über „die Eiweisskörper der Milch und ihren Stickstoffgehalt". Der reiche Inhalt der 3 Vorträge lässt sich im Excerpt schwer wiedergeben; es sei darum nur Folgendes hervorgehoben: Camerer entdeckte in der Frauenmilch einen eigentümlichen Körper, der sich noch nicht so genau charakterisieren lässt, jedenfalls aber in der Tiermilch fehlt; vielleicht ist dieser Körper daran schuld, dass die künstliche Ernährung nie die natürliche vollkommen zu ersetzen im Stande ist. Es handelt sich jedenfalls um einen Extractivstickstoff. Schlossmann fand einen solchen nie, er constatierte nur Lecithin, und zwar auch in ganz minimalen Quantitäten. Das Ueberwiegen des Albumins in der Frauenmilch gegenüber der Tiermilch ist sehr wichtig. Denn erstens stellt Albumin an die Verdauungsorgane des Kindes äusserst geringe Ansprüche, indem es einfach resorbiert wird, zweitens wird durch den Albuminreichtum die Ausfällung des Caseins erheblich erleichtert. Ferner constatierte Schlossmann für Dresden die Thatsache, dass dort der Sommergipfel der Kindersterblichkeit nur den 4.—6. Lebensmonat betrifft, das jüngste Säuglingsalter aber im Sommer nicht mehr gefährdet ist, als zu anderen Jahreszeiten, was Redner aus der Zusammensetzung der Milch erklärt. Darauf erwidert Biedert, dass nach dieser Richtung hin Schlossmann's Ansichten falsch sind, da derselbe gar nicht Muttermilch und Tiermilch unterschieden habe; die Sterblichkeitsdifferenzen beruhen einfach darauf, dass in den ersten Lebensmonaten oft genug Muttermilch

gegeben wurde, wo später jedenfalls Tiermilch als Ersatz herangezogen wurde. Pfeiffer hält den Munk'schen Extractivstoff in der Milch für ein Hirngespinnst: er fand ihn weder in Kuh-, noch in Menschenmilch, wenn dieselbe frisch war. Vielleicht hat Munk nur ältere Milch untersucht. Aller Stickstoff ist in Wirklichkeit im Niederschlage vorhanden.

Dr. J. Ritter (Berlin) sprach „über den Keuchhusten", gestützt auf ein Material von 1163 Fällen, die sich auf 498 Familien verteilen. Jede Jahreszeit ist geeignet, Keuchhusten zu schaffen. Pertussis kann event. 2 mal acquiriert werden; Redner verfügt über 5 Pat., die 2 mal Keuchhusten hatten. Zahlreiche Kinder, die mit anderen, die Pertussis hatten, in innigem Verkehr standen, blieben 1 mal verschont, um bei späteren Epidemien zu erkranken. Es giebt sicher eine Familiendisposition für Pertussis. Fast stets wird die Affection von Individuum zu Individuum übertragen, selten durch dritte Personen, nie durch Wohnungen, in denen früher keuchhustenkranke Kinder gelebt haben. Vom 6. Lebensjahr ab ist die Gefahr der Ansteckung eine viel geringere, Erwachsene erkranken äusserst selten daran, Frauen am seltensten. Der Keuchhusten befällt durchaus nicht mit Vorliebe besonders schwächliche Kinder, auch recht kräftige erkranken relativ häufig. Bekanntlich hat Ritter für Pertussis einen Krankheitserreger konstatiert, einen Diplokokkus. Früher konnte er denselben nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für den spezifischen Erreger des Leidens erklären, jetzt kann er es mit Bestimmtheit thun. Bei 147 Fällen, wo das Sputum untersucht wurde, fehlte der Diplokokkus tussis convulsivae auch nicht ein einziges Mal! Die betreffenden Kinder wurden täglich mehrere Male untersucht, über 30 000 Agaruntersuchungen sind angestellt worden. Dieser Erreger zeigt sich schwer im katarrhalischen Stadium, enorm zahlreich im spasmodischen, spärlich wiederum im letzten Stadium; dies erklärt deutlich das klinische Verhalten der Ansteckung. Was die Therapie des Keuchhustens anbelangt, so ist Ritter auf Grund vergleichender Prüfungen zu dem Resultat gelangt, das Bromoform gegenwärtig das beste Mittel ist, aber in wesentlich höheren Dosen gegeben, als es gewöhnlich geschieht. Mit Ausnahme eines Bromexanthems hat Redner nie eine Schädigung des Kindes constatieren können. Ein 4 jähriger Knabe nahm mal 5 g auf einmal, ohne dass ihm etwas geschah. Wir haben es also mit einem höchst wirksamen, dabei unschädlichen Mittel zu thun. In der Diskussion bestreitet Letzteres Sonnenberger (Worms): Es sind bereits Intoxicationen bekannt geworden, ausserdem ist Bronoform ein Narkoticum, und mit diesen muss man bei Kindern sehr vorsichtig sein. Redner hat mit Antipyrin vorzügliche Erfolge erreicht. Lange (Leipzig) beobachtete eine tötliche Vergiftung nach $^1/_2$ bis 1 gr Bromoform. Neumann (Berlin) wundert sich über die auffallende „Affinität" des Keuchhustenbacillus gerade zu Ritter, da ein anderer Forscher noch nicht auf den Diplokokkus gestossen ist, auch betont er, dass es ein Specificum gegen Pertussis noch nicht giebt; er hat mit Chinintabletten sehr gute Erfahrungen gemacht, billiger ist die Darreichung des Chinins in 1 Löffel heisser Chokoladensuppe.

Darauf sprach Biedert „über bacteriologische Centralstationen, mit besonderer Rücksicht auf die Diphtherie". Er hob die Wichtigkeit und Notwendigkeit solcher Centralstationen nicht nur in Bezug auf Diphtherie, sondern auch auf Tuberculose, scrophulöse Localaffectionen u. s. w. hervor und wies darauf hin, dass in solchen Stationen auch gleichzeitig Kindernahrungsmittel, vor allem Milch, auch die Milch im Haushalt, Conserven und dergleichen geprüft werden könnten.

Dr. Sonnenberger (Worms) hielt einen Vortrag über „Intoxikation durch Milch". Wir legen bei der Milchhygiene einzig und allein der bacteriologischen Seite Bedeutung bei, vernachlässigen aber ganz und gar die chemische. Und doch ist die chemische Seite der Krankheitsübertragung durch die Milch ein äusserst wichtiger Factor, der unsere volle Beachtung verdient. Manche Magendarmerkrankungen, z. B. Cholera nostras, sind jedenfalls nicht als blosse Infection aufzufassen, sondern sicherlich spielt hier auch Intoxikation eine Rolle, und zwar findet letztere zweifellos durch gewisse Pflanzenalkaloide vorzüglich statt, welche durch Fütterung den Tieren einverleibt und durch die Milch wieder eliminiert werden. Redner erinnert nur an Colchicin. Biederts Ansicht, dass durch schlechte Verfütterung die Tiere selbst erst krank gemacht sein müssten, wenn ihre Milch toxisch wirken soll, ist nicht richtig, sondern die Tiere können gesund bleiben, ihre Milch aber toxische Substanzen enthalten, die den Säugling krank machen. Im Klee sind eine ganze Masse giftiger Unkräuter, unter denen sich sehr gefährliche befinden. Berücksichtigt man

alles dies, so muss man sagen, dass durch Soxhlet viel Schaden angerichtet worden ist, der durch sein Verfahren das Publikum in falsche Sicherheit wiegte, indem er es glauben machte, durch das Sterilisieren würden alle Schädigungen der Milch vernichtet. Die chemischen Gifte bleiben aber vom Sterilisationsverfahren gänzlich unberührt, und eine „Schweinemilch", wie man bisweilen eine auf dem Lande producierte Milch bezeichnen kann, bleibt eben „Schweinemilch, mag sie noch so lange sterilisiert worden sein. Die Fütterung muss eine hygienische sein, die Stallhygiene muss in erster Linie eine rationelle sein, dann brauchen wir Soxhlets Verfahren gar nicht. —

Sodann sprach Prof. v. Ranke (München) über „Scharlach-Diphtherie". Er betont zunächst, dass dieselbe klinisch oft sehr schwer von der echten Diphtherie zu scheiden ist, ätiologisch müsse aber ein scharfer Unterschied gemacht werden. Die Thatsache, dass auch bei der Scharlach-Diphtherie Diphtheriebacillen vorkommen, zeigt bloss, dass es Combinationen mit echter Diphtherie giebt. Vielleicht ist letzteres aber bloss in Spitälern so oft der Fall, wo zur Infection eher Gelegenheit ist, zumal die Scharlachangina ein sehr gutes Feld für die Ansiedelung von Diphtheriebazillen zu sein scheint. Redner hat vom 24. 9. 94 bis 31. 8. 96 142 Scharlachfälle beobachtet. Davon zeigten 92 Rachenbelege, welche möglichst sofort nach der Aufnahme bacteriologisch untersucht worden sind, um die Spitalsinfection zu vermeiden. Man kann das Material in 4 Gruppen einteilen: I. Fälle, die mit Diphtherie und Scharlach aufgenommen wurden. II. Solche, die nur mit Scharlach aufgenommen wurden, zu dem sich erst später Diphtherie hinzugesellte. III. Solche, die mit dem Bilde der primären Diphtherie aufgenommen wurden, der sich erst später Scharlach anschloss. IV. Fälle von gewöhnlicher Hausinfection mit Diphtherie und Scharlach. Bei Gruppe I. kamen 67 Fälle zur Untersuchung; nur Streptokokken zeigten 23, Streptokokken und Diphteriebazillen 30, Diptheriebazillen allein 4. Also ein Uebergewicht der Streptokokken! In Gruppe II kommen 10 Fälle in Betracht; 3 mal wurden nur Streptokokken, 1 mal nur Diphtheriebazillen, 6 mal beide gefunden. Also hier näherte sich das Verhältnis der Streptokokken schon dem bei der reinen Diphtherie. Gruppe III umfasst 12 Fälle; 3 mal constatierte man nur Diphtheriebazillen, 8 mal solche mit Streptokokken vermischt, 1 mal nur Streptokokken. Also hier zeigt sich schon ein gleiches Verhältnis, wie bei reiner Diphtherie. Zur Gruppe IV endlich gehören nur 2 Fälle, bei denen nur Streptokokken sich vorfanden. Also bei 65% aller in München vorkommenden Scharlachfälle (sicherlich spielen locale Differenzen hier eine grosse Rolle) konnte man diphtheritische Auflagerungen constatieren, bei mehr als der Hälfte fanden sich Diphtheriebazillen, bei 38% nur Streptokokken. In der Praxis empfiehlt es sich, auch bei Scharlachdiphtherie Serum anzuwenden wegen der Häufigkeit der in den Belegen vorkommenden Diphtheriebazillen. Redner ist mit diesem Modus stets gut gefahren.

Privatdoz. Dr. Lange (Leipzig) würdigte die „Aetiologie in der Rhachitis" einer genaueren Prüfung. Er untersuchte zunächst die Wohnungsverhältnisse bei 176 Fällen von Rhachitis, welch letztere bei 20% leicht, bei 35% schwer war. Was nun die Wohnungen dieser rhachitischen Kinder anbelangt, so waren die Verhältnisse derselben 113 mal gute, 28 mal mässig gute, 17 mal schlechte, 18 mal sehr schlechte. Nur in 16% fielen schwere Rhachitis und schlechte Wohnungsverhältnisse zusammen, woraus schon zu ersehen ist, dass letztere einen directen Einfluss kaum ausüben. Es liess sich aber aus dem Material noch ferner eruieren, dass Kassowitz's Ansicht, der lange Winteraufenthalt in den Wohnungen habe Einfluss auf die Frequenz der Rhachitis, nicht richtig ist. Endlich konnte Lange constatieren, dass auch die Ernährung eine ätiologische Bedeutung nicht besitzt; auch bei Brustkindern z. B. kam sehr schwere Rhachitis zur Beobachtung. Sicherlich haben Wohnung und Ernährung einen gewissen Einfluss auf die Entstehung der engl. Krankheit, es muss aber noch etwas Anderes hinzukommen, etwas Unbekanntes; dem Redner erscheint ein toxischer Einfluss am plausibelsten.

Dr. H. Rehn (Frankfurt a. M.) berichtete über einen „Fall von Lupus erythematosus dissemin. auf der Grenze des Kindesalters mit acutem, letalem Verlauf", welcher zeigte, dass die prognostisch sonst als so günstig hingestellte Affection doch nicht gar so harmlos ist. Es handelte sich um ein 15 jähriges, nicht hereditär belastetes und sonst gesundes Mädchen, bei dem sich unter rheumatoiden Beschwerden erst auf einer Wange charakteristische Efflorescenzen entwickelten. Letztere vermehrten sich ziemlich rasch und verbreiteten sich allmählich über den grössten Teil des Körpers unter Fieber

es traten intensive Rhinitis und Bronchitis hinzu, das Fieber stieg immer höher, ebenso erhob sich die Puls- und Atmungsfrequenz rapid, Drüsenschwellungen, Albuminurie traten hinzu, über den Lungen war Dämpfung zu constatieren und unter Ausdehnung der Pleuropneumonie erfolgte nach 3 monatlicher Dauer des Leidens der Exitus. Es musste sich um eine unbekannte acute Infectionskrankheit handeln.

„Dr. Oppenheimer (München) sprach über „Sauerstoff-Einatmungen bei catarrhalischer Pneumonie. Er wandte diese Therapie bei 15 sehr schweren Fällen an und fand, dass dadurch zwar nicht jede Pneumonie zu heilen ist, die Dauer der Krankheit auch nicht besonders abgekürzt wird, dass aber der Sauerstoff trotzdem recht gute Wirkung ausübt, indem er die Herzthätigkeit ungemein anregt und das Allgemeinbefinden der Pat. sehr günstig beeinflusst.

Privatdoz. Dr. Seitz (München) besprach „Seltene Gefässanomalien im Kindesalter". Er hatte in den letzten Jahren Gelegenheit, mehrere Fälle von Arteriosclerose zu beobachten. Die Kinder hatten die bekannten subjectiven Symptome, und objectiv war das Leiden ebenfalls sehr deutlich zu constatieren; hervorzuheben wäre das constante Hinausragen der Herzfigur über die linke Mammillarlinie. Bei allen Eltern der Pat. war ebenfalls schon im jugendlichen Alter Arteriosclerose vorhanden gewesen. Bei einem Mädchen, das wegen Diphtherie aufgenommen worden war, entstand das Leiden unter den Augen der Aerzte. Die Aetiologie liegt noch recht im Dunklen; neuerdings werden Infectionskrankheiten beschuldigt. In der Diskussion betont Sonnenberger die Möglichkeit des Zusammenhanges mit Lues. Er verfügt über 2 Fälle von Blutungen nach der rituellen Circumsion, die den Tod herbeiführten, das eine Mal sofort, das andere Mal nach 8 Tagen. Die Section ergab Arteriosclerose der oberflächlichen Arterien der Glans. Beide Eltern waren sicher syphilitisch, auch bei den Kindern fehlten nicht Zeichen von Lues.

Privatdoz. Dr. H. Neumann (Berlin) lässt sich unter Demonstration einer reichen Sammlung von Präparaten über das Thema aus: „Ueber die Beziehung von Krankheiten des Kindesalters zu Erkrankungen der Zähne." Er bespricht zunächst eigentümliche, symmetrische Erosionen an den Zähnen, deren häufigste Form 3—5 mm hoch an den Schneidezähnen zu finden ist. Es handelt sich um eine continuirliche Erkrankung, die keinen Zusammenhang mit den Hutschinson'schen Zähnen hat, mit Syphilis in keinem Zusammenhang steht. Von 11 Leichen syphilitischer Kinder zeigt nur eine jene Erosionen, und ebenso fand sich nur bei einer unerheblichen Zahl Syphilitischer in vivo jene Zahnanomalie. Aber unter 111 Leichen waren 43% mit den Erosionen behaftet, und in der Poliklinik fanden sich letztere bei 18% aller der Kinder, die schon permanente Zähne hatten. Also die Erosionen sind recht häufig, haben aber mit Syphilis nichts zu thun. Es können vielmehr die verschiedensten Ernährungsstörungen daran schuld sein, die haupssächlichste Rolle aber spielt die Rhachitis, und zwar die Kopfrhachitis; die Erosionen sind Begleiterscheinung der Kieferrhachitis. Wo die Erosionen sehr ausgeprägt sind, da findet sich auch schwere Rhachitis. Die Hutschinson'schen Zähne sind ebenfalls nichts für Syphilis Spezifisches; oft werden sie bei Lues vermisst, manchmal sind sie bei Pat. zu finden, die gar nicht syphilitisch sind. Es handelt sich bei den Zähnen um eine Missbildung des ganzen Zahnes, die sich an der Insertion geltend macht; die Zähne stehen nicht parallel, sondern sind häufig um ihre Axe gedreht, auch divergent, eine Furche geht durch den ganzen Zahn, eine Vertiefung sieht man an der Schneidefläche, die scharfen Kanten fehlen ganz und gar, dafür erblickt man Abrundungen u. s. w. Manchmal beschränkt sich aber die Missbildung nur auf die peripheren Abschnitte, es ist nur eine kleine Vertiefung vorhanden, und das Grübchen giebt zu Verwechselungen mit Erosionen Veranlassung. Der zweite Grund für solche Verwechslungen ist der, dass in der That rhachitische und syphilitische Veränderungen an den Zähnen bisweilen zusammen vorkommen. Was das Abbröckeln der Zähne anbelangt, so glaubt Neumann nicht, dass dies mit der Rhachitis zusammenhängt. Er unterscheidet 2 Formen der Caries. Bei der ersten kommt es an der Schneidefläche zur ersten Entwickelung der Caries, die von da aus in die Tiefe allmählich weitergreift. Nach Blaschko ist die Form für hereditäre Lues charakteristisch. Auch Neumann hat sie dabei ziemlich häufig gefunden, unter 32 Fällen 4 mal; unter den übrigen 28 Fällen waren häufig ferner solche mit Milz- oder mit Milz- und Lebertumoren. Ferner kamen unter diesen 28 Fällen 5 Fälle von Erkrankungen des Centralnervensystems vor: 1 mal handelte es sich um Hydrocephalus, 3 mal um Idiotie, 1 mal

um eigenartige chronische Meningitis; vielleicht spielte auch hier die Syphilis eine ätiologische Rolle. Redner will bestimmte Schlüsse zwar nicht ziehen, die Thatsachen aber sind jedenfalls der Beachtung wert. Form 2 steht in vollem Gegensatz dazu. Sie entsteht nicht primär, nicht durch Allgemeinursachen, sondern örtliche Momente, ein Fäulnisprozess ist bei dieser „circulären Caries" im Spiel. Bei dieser Form der Caries erscheint zunächst am Zahn eine Verfärbung, die in Schmelzcaries übergeht, und dann findet allmähliche Abbröckelung rings um den Zahn herum weiter statt. Und die Aetiologie? Von 27 untersuchten Leichen wurde bei 15 (= 56%) Tuberculose gefunden, und auch beim klinischen Material fand sich in $^2/_3$ der Fälle Tuberculose vor, und endlich war dies hereditäre Moment bei diesen Pat. eclatant hervortretend, indem bei 57% in der Familie Tuberculose war. Dies kann kein Zufall sein! Für die Diagnose der Tuberculose sind diese Thatsachen event. von grosser Bedeutung. Zum Schluss berührt Redner noch kurz einen irrelevanten Befund an den permanenten Zähnen: den grünen Zahnbelag. Derselbe findet sich ebenfalls vorwiegend bei scrophulo-tuberculosen Kindern, er hängt aber nicht mit Unreinlichkeit zusammen, auch der Schnuller habe dabei nichts zu thun. Privatdoz. Dr. Berten (Würzburg) befasst sich mit dem gleichen Thema: „Die Hyperplasien des Zahnschmelzes und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen im Kindesalter, speziell der sogenannten Hutschinson'schen Zähne zur Syphilis." Redner wendet sich zunächst gegen den von Neumann angewandten Ausdruck „Erosion", der zu sehr nach erodere, ausnagen, schmeckt, als ob der Reiz zum Ausnagen von aussen käme. Das ist aber keineswegs der Fall, vielmehr ist eine innere Ursache der massgebende Factor. Es handelt sich um eine Ernährungsstörung, um eine unterbrochene Verkalkung. Jede Erkrankung ist, insofern sie die Ernährung beeinträchtigt, im Stande, den Defect zu veranlassen, wenn sie gerade in dem Moment auftritt, wo die Entwickelung des Zahnes vor sich geht. Es kann diese Krankheit also sowohl Syphilis oder Rhachitis sein, es kann aber auch eine beliebige andere Krankheit in Betracht kommen. Redner geht auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse genauer ein und zeigt, wie seine Ansicht dadurch volle Bestätigung findet. Was die Hutschinson'schen Zähne anbelangt, so ist Berten der Ansicht, dass der grösste Teil wirklich syphilitisch ist, es kann aber auch einmal Scharlach, Diphtherie u. s. w. im Spiel sein. Die zweiten Molaren werden selten befallen, weil eben die Widerstandsfähigkeit der Kinder Noxen gegenüber eine grössere ist, aber sie kommen auch hier vor, wie 3 vom Redner beobachtete Fälle zeigen. Endlich wendet sich Redner gegen Neumanns Ausführungen, dass bei Caries die Pflege des Mundes so wenig Bedeutung habe. Das sei durchaus nicht der Fall. Die Ernährungsstörungen seien nur Gelegenheitsursachen, durch den Schnuller aber z. B. finde an bestimmten Stellen eine Abnutzung der Zähne statt und den Bazillen werde dadurch Thür und Thor geöffnet.

Dr. J. Schmidt (Frankfurt a. M.) sprach über „Schilddrüsen-Therapie bei zurückbleibendem Körperwachstum". Bei dem hier in Betracht kommenden Zwerchwuchs ohne Myxödem, also einfachem Zwerchwuchs, spielt die Schilddrüse ebenfalls eine Rolle. Sie ist allerdings gesund, aber zu klein, sodass nicht genug Saft abgesondert wird, um dem wachsenden Menschen zu genügen. Schmidt behandelte 4 Pat. mit Thyreoidin; alles waren jugendliche Individuen, von gesunden Eltern abstammend. Plötzlich, ohne vorhergehende Erkrankung, waren sie in ihrem Wachstum zurückgeblieben und das Wachstum stand still. Bei allen war die Schilddrüse nicht zu palpieren. Sie erhielten Monate lang Thyreoidin, nahmen dabei auffallend an Gewicht zu, ebenso machte das Wachstum eclatante Fortschritte. Die Therapie muss aber mindestens 1 Jahr fortgesetzt werden. 1 Patient konnte sogar $1^1/_2$ Jahr lang so behandelt werden, und es zeigte sich keinerlei Schädigung. In der Diskussion bestreitet Dr. Rosenberg (Wien), dass es Zwerchwuchs ohne Myxödem giebt; sieht man genau nach, so findet man doch Anzeichen von Myxödem. Dann findet man auch in solchen Fällen recht häufig rhachitische Symptome, weshalb R. auch bei einfacher Rhachitis die Schilddrüsentherapie in Anwendung zog. Aber diese Fälle verschlimmerten sich dabei ausserordentlich.

Dr. Stoos (Bern) behandelt die „Aether-Narcose im Kindesalter". Früher narcotisierte er mit Chloroform. Er erlebte nie Todesfälle, erkannte aber die Gefährlichkeit der Chloroformnarcose an öftereren schwerenCollapszuständen, die vorkamen. Er wandte sich dem Aether zu, und hat bisher etwa 200 Kinder, darunter nur wenige Tage alte, ätherisiert. Die Contraindicationen, die für Erwachsene massgebend sind, treffen bei Kindern nicht zu. Bronchitis beobachtete er fast nie, eben

so keine Zunahme der Salivation, die Narcose geht in der Regel rasch, ohne langes Excitationsstatium vor sich, nur ausnahmsweise tritt Erbrechen ein, nur 1 mal kam Apnoë vor, die aber ohne schwere Folgen blieb; das Erwachen findet viel rascher, als nach Chloroform statt, die Nachwehen sind viel geringer, als bei letzterem. Consecutive Pneumonien hat Stoos nicht erlebt, einen Todesfall ebensowenig. Die Differenz mit Demme, der die Aether-Narcose verwarf, kommt wohl daher, dass damals der Aether noch nicht so rein war, wie heuzutage, die Technik der Narcose noch keine so vollkommene, wie jetzt. Stoos befürwortet warm die Anwendung des Aethers, das entschieden für Kinder weniger gefährlich ist, wie Chloroform. — Die letzten Vorträge (3—4) konnte Referent der vorgerückten Zeit wegen nicht mehr hören; er wird über dieselben später ausführlich Bericht erstatten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & C. (G. Pätz'sche Buchdr.) Naumburg a. S.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. **1. November 1896.** Nr. 8.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

11) Unter welchen Umständen sollen wir die Haltung einer Amme empfehlen?

Von

Dr. Eschle,

Freiburg i. B.

In einer Familie, welche die nicht unbeträchtlichen mit der Haltung einer Amme verbundenen Kosten ohne sonstige beträchtliche Entbehrungen aufzubringen im Stande ist, wird die Ernährung durch diese an sich noch immer als der am ehesten zu empfehlende Ersatz der Mutterbrust zu betrachten sein.

Es hat aber die sich immer mehr verbreitende Mode der Ammenhaltung eine Reihe von Missständen zur Folge, die wir uns nicht verschweigen dürfen und die geeignet sind, die Vorzüge dieser für das Kind immerhin natürlichen Ernährungsweise einzuschränken, ja unter Umständen aufzuheben.

Die in früheren Zeiten allgemein befürchtete Einwirkung auf das Naturell des Säuglings und die damit Hand in Hand gehende möglicherweise nachteilige Beeinflussung der sich später entwickelnden Charaktereigenschaften durch die säugende Amme wird ja allerdings, zum Teil, weil wir keine Erklärung für diese in früheren Jahrhunderten als erwiesen angesehene Erscheinung wissen, im allgemeinen von der Wissenschaft in das Gebiet der Legende verwiesen. Wollte man allerdings dieser veralteten Anschauung noch einiges Gewicht beilegen, so würde man aus ihr Anlass zu gewichtigen Bedenken herleiten können, ob man so sein Kind einer Amme, die körperlich allen Ansprüchen genügt, so ohne weiteres anvertrauen kann. Der Umstand, dass bei den meisten ehrbaren Müttern das natürliche Gefühl zu ihren Kindern ein derartig starkes ist, dass sie diese nur im äussersten Notfall verlassen, hat — wenigstens bei uns in Deutschland — zur Folge, dass nur selten verheiratete Mütter Ammendienste übernehmen, so dass das Hauptcontingent der Ammen sich aus unehelich Gebärenden recrutiert. Da aber andrerseits Erstgebärende mindestens nicht zu der brauchbarsten Klasse jener gehören, ist selbst, wenn man sich den hergebrachten Sitten gegenüber auf einen etwas freieren Standpunkt stellt, die Annahme, dass — von besonderen Ausnahmefällen abgesehen — Prostitution in ihren verschiedenen Abstufungen die Veranlassung zu der wiederholten Schwangerschaft gewesen ist, nicht von der Hand zu weisen.

Wenn des Weiteren auch die Frage der Uebertragbarkeit von Krankheiten durch die menschliche Milch an sich als eine immer noch nicht gelöste betrachtet werden kann, so besteht doch vermittelst der verschiedensten Wege eine unzweifelhafte Gefahr der Uebertragung von der Amme auf den Säugling nicht nur bei Syphilis, Tuberculose, sonstigen acuten und chronischen Infectionskrankheiten, ferner bei Einverleibung giftiger Stoffe (durch Gebrauch gewisser Medicamente oder durch Vermittelung von Haut und Lungen, z. B. bei vorangegangener Verarbeitung giftiger Stoffe in Fabriken [1]), sondern auch Psychosen, Epilepsie, Hysterie und sonstigen schwereren Nervenleiden.

Diese wechselhafte, in der Praxis oft zu beobachtende und häufig sehr schnell eintretende Beeinflussung des Kindes durch die Milch der Amme infolge von Nervenleiden, gemütlichen Erregungen einerseits, sowie von constitutionellen Krankheiten, Einverleibung von Giften und Arzneien andrerseits, hat man in Ermangelung besserer Erkenntnis durch den Uebergang von Serum-Albumin in die Milch zu erklären gesucht. Denn obwohl die Frage, ob normale, colostrumfreie Milch, neben Caseïn auch Serum-Albumin enthält, noch eine offene ist, so ist die Möglichkeit, dass letzteres unter Umständen durch die dünnen Blutgefässe der Brustdrüsen vermittelst vasomotorischer Einflüsse sich der Milch gelegentlich als einfaches Transsudat beimischen kann, entschieden zu leugnen. [2])

[1]) Vgl. Hirt: Frauenarbeiten in Fabriken. Bericht der 2. Versammlung des deutschen Vereins für öffentl. Gesundheitspflege. Danzig 15. Sept. 1874 S. 12.

Durch den Umstand ferner, dass die Nachfrage nach brauchbaren Ammen grösser ist, als das Angebot, ist wirtschaftlich die Thatsache gegeben, dass jene ihre Milch um ein verhältnismässig hohes Aequivalent zu verwerten suchen und Gehalt verlangen, welche viele Familien nur unter gewissen Opfern zu erschwingen vermögen. Hierzu kommt, dass die Ammenvermieterinnen — manchen Orts, namentlich im Elsass Hebammen — sich für die Vermittelung des Engagements sehr hohe Honorare zahlen lassen, die in gar keinem Verhältnis zu ihrer Mühewaltung stehen und grösstenteils entrichtet werden müssen, ehe festgestellt werden kann, ob die Amme nun auch wirklich zum Stillen tauglich ist.[3]) Ein 10 und 12 maliger Wechsel der Amme wegen Unbrauchbarkeit derselben innerhalb weniger Monate ist nach meinen eigenen Erfahrungen nichts Seltenes.

Mehr noch wie der Kostenpunkt dürfte in wohlhabenden Kreisen oft der mit der ganzen Ammenwirtschaft verbundene Aerger ins Gewicht fallen. Sehr mannigfaltig sind die Momente, die dazu beitragen, den opferwilligsten Eltern diese Ernährungsweise ihres Nachwuchses gründlich zu verleiden. Schon berührt hatten wir den leidigen fortwährenden Wechsel, der nicht zum wenigsten in geflissentlichen, zum Teil sogar von den provisionsgierigen Vermittlerinnen begünstigten Täuschungen seine Ursache hat. Hierzu kommt die bodenlose Dummheit, mit der die vielfach aus der Hefe des Volkes hervorgegangenen Personen ihre vorurteilsvollen und unhygienischen Usancen in die neue Umgebung zu verpflanzen suchen. Mehr noch tragen zur Störung des Familienfriedens einesteils die ins Ungemessene gehenden Ansprüche und andrerseits die ausserordentliche Nachsicht bei, die man der Amme entgegenzubringen sich für verpflichtet fühlt, nicht allein um sie überhaupt zu halten, sondern auch ganz besonders im Hinblick auf die Schädigung des Säuglings infolge etwaiger Gemütserregungen seiner Nährmutter.

So finden wir in der Sorge für das Wohl der Amme gewissermassen das Centrum der Familiengedanken und -gefühle.

Des Weiteren werden aber auch Angriffe in Scene gesetzt, um neue Geldopfer zu erpressen. Lassen wir zu dieser Schilderung Ehrenhaus[4]) das Wort, der keineswegs übertreibt, sondern nur vielfach sich wiederholender Erfahrung Worte verleiht! „Entweder fordert ein Brief die Amme auf, zu ihrem eigenen Kinde zurückzukehren, weil sich dieses nach ihr bange oder es ist der Verführer alias Bräutigam, welcher ihre sofortige Rückkehr verlangt, weil er sie heiraten will oder es sind andere wichtige Vorwände, die dazu herhalten müssen, der Amme Gelegenheit zur Erpressung von Geschenken zu bieten."

Schliesslich aber giebt es noch Einwände, die gegen das ganze Ammenwesen, wie es sich heutzutage entwickelt hat, gemacht werden können, Einwände, welche aus moralischen und socialen Erwägungen hervorgehen und die deshalb um so mehr ins Gewicht fallen sollten, wenn sie auch leider im allgemeinen nicht die gebührende Würdigung zu finden scheinen!

---

[2]) Vgl. Lothar Meyer: Ammenwesen in Eulenburg: Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Bd. I. p. 106.

[3]) Vgl. Ehrenhaus: Amme in Eulenburg, Realencyclopädie. Bd. I.

[4]) Vgl. l. c.

Jedenfalls kann es den in vieler Hinsicht unberechtigten Hass der niedern Klassen gegen die Besitzenden nicht mindern, wenn diese sehen, dass die arme Mutter aus dem Volke dem eigenen Kinde zu Gunsten eines fremden, welches in der Wahl seiner Eltern grössere Vorsicht an den Tag legte, die ihm gebührende Nahrung entzieht. Die Inhumanität gegen ein unschuldiges Wesen erscheint in um so schlimmerem Lichte, weil dieses in den meisten hierher gehörigen Fällen des Schutzes seines natürlichen Vaters entbehrt und auch gesetzlich allein auf die Mutter angewiesen ist. Man hat dem entgegengehalten, dass, wenn die Mutter als Amme Geld verdient, sie reichlicher für das eigene Kind sorgen kann und dass auch die Familie sich unter diesen Umständen der zurückgelassenen Kleinen annimmt [5]) so dass es nicht in die Hände jener Art von Pflegerinnen (Engelmacherinnen) fällt, bei denen uneheliche Kinder in der Regel einem frühzeitigen Ende entgegengepflegt werden.

Dem müssen wir entgegenhalten, dass trotz der grossen pecuniären Ansprüche der Ammen von dem verdienten Gelde nicht viel für das eigene Kind erübrigt zu werden pflegt, da einerseits ein grosser Teil des Verdienstes, wenigstens in vielen Gegenden, der Vermieterin verbleibt, welche die Stellensuchende gleichfalls mit einer grossen Provision belastet, oder ihr für in der Zwischenzeit gewährtes Obdach und Kost ungebührlich hohe Preise berechnet und andrerseits das Verbleiben in einer Stellung, wie erwähnt, erfahrungsgemäss nicht von langer Dauer zu sein pflegt. Haben die Ammen aber einmal ihre Stellung verlassen und stagniert ihre Milch auch nur ganz kurze Zeit, so pflegt die Secretion sich ganz einzustellen.

Vielfach trägt zum Versiegen der anfangs vielleicht sehr reichlichen Milch die ungewohnte, zu reichliche und zu kräftige Kost bei. Die ganze üppige Lebenshaltung aber in den Häusern der Reichen und auch die schon berührte anderweitige Verwöhnung der Ammen pflegt auch insofern nachteilig auf diese einzuwirken, als sie später anspruchsvoll und unzufrieden in ihre engen Verhältnisse zurückkehren.

Einen traurigen Ausblick gewinnen wir, wenn wir das Schicksal der eigenen Kinder der Ammen verfolgen: die Statistik der Ammenindustrie in Frankreich deckt diese Verhältnisse auf. Dort starben nach Bertillon im Departement Loire inférieure die künstlich ernährten Kinder der Ammen zu 75% schon im ersten Lebensjahre, während die überlebenden in grosser Zahl dahinsiechen. In den Bezirken Château Ninon, Nièvre, wo gleichfalls zahlreiche Frauen als Ammen sich verdingen, herrscht eine Säuglingssterblichkeit von 33%, die aber, als die betreffenden Personen während des Krieges 1870/71 zu Hause bleiben mussten, auf 17% sank. In Écosse, wo die Ammenindustrie unbekannt ist, wo fast alle Mütter ihre Kinder selbst stillen, beträgt die Säuglingssterblichkeit hingegen nur 11%. [6])

Diese Industrie, welche aus der Ammenschaft auch bei uns in gewissen Dörfern gemacht wird, aus denen sich der Ammenersatz für

---

[5]) Vgl. Ehrenhaus l. c.

[6]) Diese Angaben s. entnommen: Uffelmann: Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes. Leipzig 1881. p. 39.

gewisse Districte recrutiert, bietet, wenn wir uns auf sonst glaubwürdige Schilderer verlassen dürfen, ein geradezu trostloses Bild moralischer Verkommenheit: sollen da doch Eltern ihren Töchtern lässige Mitarbeiterschaft am Familienerwerb vorwerfen, wenn sie nicht rechtzeitig in diesem Industriezweige mitzuwirken in die Lage kommen! —

Alle diese Betrachtungen werden uns Aerzte darauf hinweisen, in erster Linie den Versuch der Ernährung von Seiten der eigenen Mutter selbst zu empfehlen und der Mode, wie der Selbstsucht vieler Mütter von uns aus unter keinen Umständen Concessionen zu machen.

Die Gründe eben, aus welchen namentlich in den Familien der höheren Stände, und besonders, wenn sie noch keine eigenen dem Obigen entsprechende Erfahrungen zu machen Gelegenheit hatten, das Zuraten zu einer Amme durch den Hausarzt gern gesehen wird, beruhen bald in übergrosser Bequemlichkeit, bald in der angeblichen Notwendigkeit der Erfüllung ausgedehnter gesellschaftlicher Pflichten, bald wie bemerkt, auf dem Herkommen, auch unnötigerweise eine Amme zu halten, weil man sie ja bezahlen kann. Nicht die kleinste Rolle spielt dabei auch die thörichte und falsche Furcht junger Frauen vor dem frühzeitigen Verblühen, während dieses letztere doch niemals dem Selbststillen, sondern der zu häufigen und zu schnellen Aufeinanderfolge zahlreicher Wochenbetten, sowie daneben auch dem vorzeitigen Aufstehen von diesem zur Last zu legen ist.

Die nicht stillende Mutter ist weit mehr als die stillende gefährdet durch die aus einer mangelhaften Rückbildung der Brustdrüse und Gebärmutter resultierenden Leiden, sowie durch die infolge des beschleunigten Wiedereintritts der Regel bei ihnen schneller aufeinanderfolgenden Schwangerschaften, wenn auch das früher angenommene absolute Ausschliessungsvermögen der Funktionen von Brustdrüse. Eierstock und Gebärmutter nicht existiert.

„Die starke Abnahme des Selbststillens der Mütter in den oberen Schichten, wie in der industriellen Bevölkerung ist charakteristisch für die neuere Zeit.“ [7]) Bei der Industriebevölkerung allerdings ist der Grund fast ausschliesslich oder wenigstens weit mehr als in den oberen Klassen der Gesellschaft in der fortschreitenden körperlichen Depravation unserer Generation zu suchen.

Die Sterblichkeit der von der eigenen Mutter genährten zu den von Ammen gestillten Kindern verhält sich übrigens nach der übereinstimmenden Angabe verschiedener Autoren wie 3 : 5. [8])

Wir werden es daher für unsere Pflicht halten müssen, der Ammenernährung nur bei stricte gegebenen Indicationen das Wort zu reden und diese werden wir meiner Auffassung nach nur in einer Verhinderung der Mutter am Selbststillen entweder durch gewisse Krankheiten oder durch völligen Nahrungsmangel zu sehen haben.

Krankheiten, die das Selbststillen ausschliessen, sind namentlich

---

[7]) Uffelmann l. c. p. 39.

[8]) Vgl. Wasserfuhr: Ueber die Sterblichkeit der Neugeborenen und Säuglinge in Deutschland. Vierteljahrsschrift f. öffentliche Gesundheitspflege 1869. p. 550 und Pfeiffer: Die Kindersterblichkeit. Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. 1. 1877. p. 559—564.

die eingangs unserer Besprechung aufgezählten, welche, wie wir sehen, eine Uebertragung auf den Säugling nicht ausschliessen; mit Ausnahme allerdings der Syphilis. Die Ansicht der meisten Autoren neigt dahin, dass eine syphilitische Mutter ihr Kind selbst stillen soll, ob es schon manifeste Symptome der Lues darbietet oder nicht.

Was die acuten Infectionskrankheiten anlangt, so pflegt Scharlacherkrankung der Mutter dem Säuglinge meist ungefährlich zu sein, da dieser, wenigstens sicher in den ersten Monaten, eine Empfänglichkeit für diese nicht besitzt. Gegen die Uebertragung der Pocken von Seiten der Mutter kann man durch schleunige Impfung des Kindes vorgehen.

Sehr häufig wird der Mangel an Nahrung von der Mutter irrtümlich angegeben oder auch sogar vorgeschützt. Man darf jedoch eine mangelhafte Function der Brustdrüse noch nicht aus dem Umstande herleiten wollen, dass sie nicht sogleich Milch secerniert, sondern man muss sich vergegenwärtigen, dass erst durch häufiges Anlegen des Kindes und durch eine der Wöchnerin dargereichte zweckmässige Nahrung die reichliche Milchabsonderung angeregt wird. „Nihil mortalibus sine magno labore“ gilt auch hier.

Einer unablässigen Mühe und Sorgfalt gelingt es, wie ich aus eigener Praxis bestätigen kann, selbst da oft schliesslich das Selbststillen zu erzielen, wo dem ersten Anscheine nach jeder weitere Versuch vergeblich schien oder auf Grund früher gemachter Erfahrungen die Möglichkeit zum Stillen durchaus in Abrede gestellt wurde. Immerhin aber werden wir noch oft genug Fälle finden, in denen die Indicationen für die Annahme einer Amme gegeben sind und wir nicht umhin können werden, mit einem dahingehenden Vorschlage an die Eltern heranzutreten, vorausgesetzt, dass diese sich in der entsprechenden Vermögenslage befinden und die Opferwilligkeit besitzen, sich allen den besprochenen Unannehmlichkeiten zu unterziehen. Jedenfalls aber werden wir nicht versäumen dürfen, sie auch auf alle mit der Ammenhaltung verbundenen Missstände aufmerksam zu machen!

Die Erörterungen über die notwendigen und wünschenswerten Qualitäten einer brauchbaren Amme seien einer späteren Besprechung vorbehalten.

Uebrigens hat sich seit einer längeren Reihe von Jahren von einigen Grossstädten aus eine Einrichtung verbreitet, welche geeignet sein dürfte, die Schattenseiten des Ammenwesens wesentlich zu mildern: Für Geld und gute Worte finden sich hier verheiratete Frauen, sogen. „Stillfrauen“ bereit, neben ihrem eigenen Säugling einem anderen Kinde mehrmals am Tage die Wohlthat der Brustnahrung angedeihen zu lassen. Nicht nur in Fällen, in denen die Milch der eigenen Mutter nicht ausreicht, sondern auch überall da, wo man wegen der mit der Ammenhaltung verbundenen Missstände sich zur künstlichen Auffütterung mit der Flasche entschlossen hat, werden so etwaige Defecte in der Nahrung in wertvoller Weise ergänzt.

II. Referate.

190) **H. Rehn.** Die Theorien über die Entstehung des Stimmritzenkrampfes im Lichte eines Heileffects.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 33.)

R. reichte 5 künstlich ernährten, sämtlich rhachitischen, resp. mit Schädelrhachitis (2 mit hochgradiger) behafteten, im ersten Lebensjahr befindlichen Kindern, die seit mehr oder minder langer Zeit an respiratorischen oder eclamptischen Krämpfen oder beiden Formen zugleich litten, gute Ammenmilch, worauf sofort oder nach höchstens 2—3 Tagen alle krampfhaften Symptome bis zu ihren leisesten Spuren zum Verschwinden gebracht wurden. Kein Zweifel also, dass es die ungeeignete Nahrung war, die jene Zustände erzeugt und unterhalten hatte, und nicht die Rhachitis. Die Symptome der letzteren, die ja zum Teil sehr schwere waren, blieben noch lange bestehen, die convulsiven Anfälle aber blieben weg. Nach diesen Beobachtungen wird von jetzt an die Rhachitis ihre ätiologische Rolle beim Laryngospasmus ausgespielt haben. Wir haben es in der That einzig und allein mit einem von den sensiblen Endigungen des Vagus im Magen auf Grund fehlerhafter Ernährung ausgelösten Reflexkrampf zu thun, dessen Ursache wahrscheinlich Toxine sind; dass letztere flüchtiger Natur sein müssen, beweist der Umstand, dass in einigen Fällen schon nach der ersten Zuführung von Milch die Anfälle ausblieben.

---

191) **L. Fürst.** Ueber amylumhaltige Milchconserven.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 32/33.)

F. will das Nestlé'sche Kindermehl wieder in empfehlende Erinnerung bringen, ein altbewährtes Kindernährmittel, das aber neuerdings etwas verdrängt worden ist, und zwar zu Unrecht. Vielleicht liegt das an der Bezeichnung, da bei den Aerzten „Mehle", besonders bei jungen Kindern verpönt sind, obwohl nach den neuesten Untersuchungen (Heubner) auch der Speichel Neugeborener schon saccharificierend wirkt. Nestlé-Mehl ist aber kein eigentliches „Mehl", es müsste richtig „Milch-Zwieback-Pulver" heissen, da es folgendermaassen bereitet wird: Zunächst wird aus bestem Weizenmehl und Wasser, ohne sonstige Zusätze, ein Teig bereitet, aus dem ein stark geröstetes, vollständig aus Kruste bestehendes Gebäck hergestellt wird; letzteres wird durch Maschinen zu feinem Pulver gemahlen, das unter dem Mikroscop nur noch zum Teil die charakteristischen Weizen-Stärkekörper zeigt, da in der Hauptsache deren Zerfall bereits durch die beim Doppel-Backprocess vorhandenen Temperaturen derart eingeleitet ist, dass nach vorschriftsmässigem Kochen (1 : 30 Wasser) die Stärkekörperchen vollständig verkleistert, also durchaus verarbeitet, dextriniert und löslich geworden sind. Nun wird beste Schweizermilch genommen und einer Temperatur von 100 ° C. ausgesetzt, dann mit gemahlenem Rohrzucker (2 : 1) versetzt und in das Vacuum gebracht, wo sie 2 Stunden

lang bei 45—50° C. bleibt. Hierauf wird die so gewonnene condensierte Milch mit dem Zwiebackmehl gemischt, durch Hitze getrocknet und fein gepulvert, endlich das ganze Präparat schnellstens in Blechbüchsen gefüllt, die durch Maschinen luftdicht verschlossen werden, sodass das Pulver weder der Luft ausgesetzt ist, noch mit den Händen in Berührung kommt. Dass das Präparat und die Abkochungen wirklich steril sind, hat F. auch durch genaue Prüfungen festgestellt. Man hat also in dem Präparate eine Combination von gesunder, keimfreier Milch mit Rohrzucker und Zwiebackpulver vor sich, entsprechend einer Milch mit Beikost, wie sie jedes normale Kind vom 4. Monat an unbedingt, ausnahmsweise aber auch schon früher ohne jedes Bedenken erhalten kann. Langjährige Erfahrung hat F. gelehrt, dass es dabei gut gedeihen kann, ja dass diarrhoische Zustände nach Milchdiät, die das Kind recht herunterbrachten, nach vergeblichem Experimentieren mit Surrogaten gerade durch Nestlé stillstanden. Man kann dasselbe auch ganz gut jüngeren Kindern geben, besonders wo Magendarmerkrankungen zum Aussetzen der Milch zwingen; Nestlé bringt den Darm in Ruhestellung, bessert die abnorme Secretion und nährt dabei gut. Viele gesunde Kinder haben ferner sehr früh das Bedürfnis nach Beikost zur Milch; auch hier leistet Nestlé gute Dienste.

---

192) **O. Vierordt.** Ueber den klinischen Wert des Tannalbin (Tanninalbuminat Gottlieb).

(Aus der medic. Universitätspoliklinik in Heidelberg.)
(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 25.)

Vor einiger Zeit gelang es Gottlieb, ein im Magen unlösliches und im Darm langsam lösliches Gerbsäurepräparat herzustellen, eine Eiweissverbindung des Tannins, die 50 % Gerbsäure enthält und ein schwachgelbliches, völlig geschmackloses Pulver darstellt. Die ersten klinischen Versuche wurden von Dr. R. v. Engel (Brünn) gemacht, und dieselben ergaben, dass das Mittel bei acuten und chronischen Darmcatarrhen, aber auch bei Darmtuberculose sehr gute Dienste leistete. Dieser Autor wandte das Tannalbin auch bei zwei Kindern im Alter von $1^1/_4$ und $1^1/_2$ Jahren mit intensiven chron. Darmcatarrhen an, indem er 3 mal tägl. 0,5 gab; die Durchfälle liessen sofort nach und üble Nachwirkungen wurden nicht bemerkt.

Nunmehr hat auch V. das Mittel verwandt und er kam zu gleich günstigen Resultaten sowohl bei Erwachsenen, als auch bei Kindern über 1 Jahr (bei Säuglingen fand er keine Gelegenheit, Versuche anzustellen). Auch er konnte sowohl bei gewöhnlichen Darmcatarrhen, als auch bei tuberculösen Prozessen recht zufriedenstellende Resultate erzielen, die besonders bei längerer Darreichung von Dauer waren. Auch 4 Fälle von Durchfällen, die durch Kreosot- resp. Phosphorleberthran hervorgerufen waren, wurden so günstig beeinflusst, dass die Pat. diese Präparate neben dem Tannalbin ruhig weiter nehmen konnten. Das Mittel ist so harmlos, dass man selbst hohe Dosen wagen kann; so erhielt ein 6jähriges Mädchen durch mehrere Wochen täglich 6 gr, dann vorübergehend 8 gr, ein 11jähriger

Junge wochenlang 6 gr, ja sogar 4 Tage lang 10 gr, ein 2jähriger Junge mit tuberculöser Enteritis 7 Monate lang, 1,5—2,0 pro die. Das sind aber extreme Fälle, auch in Bezug auf die Dauer. Im allgemeinen gelte als kleinste Einzeldosis 0,5, als kleinste Tagesdosis 1,0. Die Form der Darreichung ist gleichgültig, da das Mittel geschmacklos und im Magen unwirksam ist; am besten giebt man es zwischen oder gleich nach den Mahlzeiten in etwas Wasser, Milch oder Schleim.

---

193) **Finkelstein.** Ueber die Ursachen der folliculären Darmentzündung der Kinder.

(Berliner klin. Wochenschr. 1896 No. 29.)

Wie F. in der Berliner medic. Gesellschaft (24. VI. 96) erklärt, kommen neben den typischen Formen der Enteritis follicular. (Fieber, Abgang von Blut, Eiter, Schleim mit den Fäces, Tenesmus) verschiedene Abarten vor: uncharakteristische Diarrhöen, Combinationen mit Dyspepsien, Enterokatarrhen, Cholera infant. u. dgl. Die letztgenannten Affectionen gehen auch zuweilen in eine Enteritis follicular. über. Sie hat also klinisch keine scharfe Abgrenzung. Anatomisch ist sie dagegen charakterisiert durch die Veränderungen der Schleimhaut: Schwellung, Rötung, Hämorrhagien mit Neigung zu Ulceration und Nekrosenbildung. Dadurch ist eine scharfe Scheidung der Enteritis follicular. von anderen Magendarmerkrankungen möglich. Man kann 2 Formen unterscheiden: 1. Die ruhrartige, wo die Lokalaffection im Darm vorwaltet, 2. Die toxische, wo bei geringen Veränderungen im Darmtractus Zeichen einer schweren Vergiftung bestehen. Auch Mischformen kommen vor. Beide Arten von Erkrankungen muss das Bacterium, das als Krankheitserreger angesprochen wird, im Tierversuch hervorzurufen imstande sein. Untersucht man die Fäces, so findet man in den Zellen der Eiterflocken reichlich Bacterien eingelagert, die Diplokokken ähnlich scheinen, indess doch Bacillen mit angeschwollenen Enden sind. In Reinculturen unterscheiden sie sich vom Bacterium coli dadurch, dass sie Milch schon in 24 Stunden zur Gerinnung bringen, auf der Kartoffel weisse bis orangegelbe Auflagerungen machen, sie sind auch kleiner als Bacterium coli und zeigen deutliche Polfärbung. Ferner sind sie von jenem gewöhnlichen Darmbewohner durch die sehr deutliche concentrische Ringung der tiefliegenden Culturen auf den Platten zu unterscheiden. Wie die Wirkung im Tierversuch zeigt, ist dieser Bazillus ein exquisiter Eitererreger ohne Tendenz zur Allgemeininfection. Auf Schleimhäuten bei Meerschweinchen und Kaninchen bringt er Veränderungen hervor, die sich von der entzündlichen Rötung bis zur Ulceration steigern können. Bei Verfütterung mit der Milch starben die Tiere bei Verwendung frischer Bouillonculturen. Die Section zeigt ein Bild, das demjenigen, welches man bei Kindern mit Enteritis follicular. findet, durchaus gleich ist. Bei Mäusen ruft schon die Beimengung weniger Bacillen zur Nahrung eine heftige, serös-schleimige Diarrhöe hervor, die in 4—5 Tagen zu Tode führt. In den Fäces finden sich neben abgestossenen Epithelien auch die Bazillen in Reincultur. Die Section ergiebt blutig-serösen Inhalt in dem stark injicierten und geschwollenen Darm, mikroscopisch

zeigt sich eine Abhebung des ganzen Epithellagers, Follicularschwellung in mässigem Grade, Bacterien in allen Organen. Mischt man dem Futter noch kleine Glassplitter bei, so erzeugt man die schwerste dysenterische Colitis, Ulceration mit Necrosen im Rectum, selbst Perforationen desselben. Am auffälligsten war die Thatsache, dass einige Tiere unter dem Bilde der Larynxstenose starben. Als Ursache dieser Erscheinung fand sich necrotisierende Pharyngitis, Laryngitis, hämorrhagische Tracheitis, Halsdrüsenschwellung. Der beschriebene Bazillus fand sich auch bei einigen anderen Affectionen, die aber schliesslich doch in Enteritis follicular. übergingen, vielleicht nur Abortivformen derselben waren. Dass der Bazillus verschiedene Virulenz haben kann, hat sich dadurch bewiesen, dass sie sich bei Uebertragung von Tier zu Tier steigern liess, wie man eine solche Verstärkung der eingeschleppten Infection auch in Krankensälen beobachten kann. Gewisse Brechdurchfälle sind nichts anderes, als toxische Formen der Enteritis follicular. Die sporentragenden Bazillen Flügge's in der Milch sind nach F.'s Untersuchungen bei den Darmerkrankungen der Kinder nicht von wesentlicher ätiologischer Bedeutung. Einen absoluten Schutz gegen die Bacterien bietet das Aufkochen der Milch auch nicht, zumal die Toxine nicht zerstört werden. Auch abgekochte Culturen entfalten noch Giftwirkung. Die Milch ist nicht die ausschliessliche Infectionsquelle. Auch die Stuhlgänge der kranken Kinder sind als infectiös anzusehen und zu behandeln. Durch dieselben kann selbst Uebertragung der Krankheit auf Erwachsene stattfinden.

Discussion: Baginsky wendet sich zunächst gegen die von F. gebrauchten Begriffe der catarrhalischen und folliculären Entzündung: das seien ganz verschiedene Dinge. Die vorgelegten Präparate wiesen nichts anderes, als das gewöhnliche Bacterium coli auf, und auch die angegebenen Unterschiede seien nicht durchgreifend genug; die concentrische Schichtung komme auch beim Bacterium coli vor, auch dieses könne seine Virulenz ändern je nach dem Nährboden, den es hat, es könne daher durch Zuführung gewisser Nahrung plötzlich eine Virulenz erlangen, die es vorher nicht besass. Septische Infectionen kommen vom Darm aus nur selten vor. Die Bacterien gelangen mit beginnender Fäulnis oft in alle Organe des Körpers. — F. entgegnet, das Bacterium coli sei kein einheitlicher Mikroorganismus, sondern eine Gruppe von Mikroorganismen, welche die verschiedensten Eigenschaften haben. Virulenzschwankungen verändern keinen Bazillus so, dass er ganz andere Eigenschaften gewinnt, sie können eine Steigerung der Krankheitserscheinungen hervorrufen, aber nicht andersartige Krankheitsbilder. Das Bacterium coli mache nie Ulcerationen, Necrosen. Wenn auch die Culturunterschiede nicht durchgreifende sein sollten, so liefere doch die Verfütterung auf Mäuse einen nicht zu verkennenden Unterschied.

---

194) H. Krüger. Ueber die Wirkung des Cuprum arsenicosum beim acuten infectiösen Magendarmcatarrh kleiner Kinder.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 Nr. 58.)

K. hat bei mehreren Säuglingen mit bestem Erfolge das Cupr. arsenic. angewandt, ja bereits als verloren angesehene Kinder gerettet. Er lies aus 0,001—0,0015 Cupr. arsenic. unter Zusatz von Milchzucker 16 Pulver machen, die er stündlich, später, sobald Besserung eintrat, 2—3 stündl. verabreichte. Ausschliessliche Nahrung war dabei Eismilch, $^1/_4$—$^1/_2$ stündl. 1 Theelöffel voll.

---

195) H. Leo. Ueber die praktische Bedeutung der Magenausspülung bei Säuglingen.
(Aus der medic. Universitätsklinik zu Bonn.)
(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1896 No. 14.)

L. hat die Magenausspülung bei vielen hunderten von Säuglingen ausgeführt und empfiehlt sie warm den prakt. Aerzten zur Behandlung gewisser Magendarmstörungen, besonders „akuter dyspeptischer Zustände“. L. bedient sich absichtlich dieses Ausdruckes, weil es sehr häufig unmöglich ist mit Sicherheit zu constatieren, ob man es lediglich mit abnormen Zersetzungsvorgängen im Magen zu thun hat oder ob ein entzündlicher Zustand der Magenschleimhaut vorliegt. Belegte Zunge und Fieber, die man in der Regel als Begleiterscheinungen der Gastritis betrachtet, können dabei auch fehlen und können andererseits vorhanden sein, wo es sich nur um eine Autointoxikation durch zersetzten Mageninhalt handelt, ohne dass sich schon eine wirkliche Entzündung der Schleimhaut ausgebildet zu haben braucht. Eine sichere Unterscheidung der beiden Zustände gelingt nur durch Untersuchung des Mageninhalts, die erste praktische Bedeutung der Magenausspülung; bei wirklichen Entzündungen findet man reichliche Schleimmassen, deren mikroscopische Untersuchung die Gegenwart reichlicher Leukocyten und Epithelzellen neben zahllosen Mikroben ergibt. Oft sind natürlich beide Zustände combiniert. Nicht selten gesellen sich Störungen der Defäkation, namentlich Diarrhoën, hinzu und man hat oft keine Kriterien dafür, ob es sich bloss um Uebertritt zersetzten Mageninhalts in den Darm handelt, oder ob Enteritis vorliegt. Auch hier hat die Magenausspülung diagnostische Bedeutung, indem, wenn ausser dem Erbrechen auch der Durchfall durch eine einzige Magenausspülung sofort behoben wird, man Enteritis wohl ausschliessen darf.

Bei diesen akuten dyspeptischen Zuständen, zu denen also die reine akute Dyspepsie, die akute Gastritis und die Gastroenteritis gehört, bilden Magenausspülungen ein ganz hervorragend wirksames Mittel. Nicht selten reicht eine einmalige Ausspülung aus, um heftiges Erbrechen und Durchfälle, selbst nach mehrtägigem Bestehen, vollständig zu coupieren, sodass wie mit einem Schlage völlige Genesung eintritt. Manchmal freilich muss die Procedur in den nächsten Tagen wiederholt werden. In fast allen Fällen hört zunächst das Erbrechen auf, auch Appetit und Allgemeinbefinden bessern sich sofort. Oft werden auch die Durchfälle ohne Weiteres beseitigt, bisweilen freilich ist das nicht sogleich der Fall. Aber fast nie bleibt der Zustand unbeeinflusst. Bei der typischen Cholera infantum ist letzteres freilich öfters zu beobachten, wenngleich auch hier oft genug Erfolg beobachtet wird. Auch bei subakuten und chronischen Zuständen wirkt die Magenausspülung oft recht günstig ein. Besonders kann man dies von den Fällen von temporärer Dilatation und starker Gasauftreibung des Magens behaupten, welche mit Störungen des Appetits, häufig auch mit Erbrechen, schlechter Ernährung und Anomalien der Defäkation einhergehen und meist durch Atonie des Magens bedingt sind; nach mehrmaliger Ausspülung des Magens tritt hier sehr oft Heilung ein.

Viele Aerzte haben Scheu vor dem segensreichen Eingriff, aber mit Unrecht. Es lässt sich meist noch besser ausführen als bei Erwachsenen, indem die Erregbarkeit der Rachengebilde bei kleinen Kindern gering zu sein scheint. Die Kleinen lassen sich die Procedur sehr gut gefallen, spielen dabei und amüsieren sich. Nur selten stellen sich heftige Würgbewegungen und, bei gleichzeitiger Bronchitis, Cyanose ein, sodass die Ausspülung unterbrochen werden muss. Fast nie sind aber die Erscheinungen derart, dass man die Ausspülung ganz unterlassen muss. Als Spülflüssigkeit benutzt L. warmes Wasser, dem er bei Vorwiegen der Darmerscheinungen einige ccm einer alkoholischen Thymollösung, bei Atonie des Magens Kochsalz zusetzt.

---

196) **T. Krassnobajew.** Eine Familienepidemie von infectiösem Icterus.

(Djetzkaja Medicina 1896 No. 2 — Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896 No. 6.)

Ein 5½ jähriger Knabe erkrankt an Icterus, bald darauf auch dessen 2 Schwestern, die eine 4½ jährige 29 Tage später, die andere 2½ jährige 24 Tage. Vorher litt die Mutter daran, aber nur wenige Tage. Der Icterus ging einher mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber, vorher machten sich allgemeine nervöse Störungen und Schmerzen in den Füssen geltend; bei der einen Schwester bestanden noch hohes Fieber und Leibschmerzen. Diätfehler waren auszuschliessen; K. glaubt an infectiöse Ursache, zumal die vorangehenden nervösen Symptome und Wadenschmerzen dafür ganz charakteristisch sind

---

197) **Giarrè.** L'urobilinuria nell' età infantile.

(Sperimentale 1895. Mai 9. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 31.)

G. verwertete das Material der Kinderklinik zu Florenz vom Jahre 1892 an zu systematischen Untersuchungen über Urobilinurie im kindlichen Alter und bei verschiedenen Krankheiten der Kinder. Untersucht wurden 72 Fälle von Infectionskrankheiten, 7 von Leberaffectionen, ferner 16 Neugeborene von 2—18 Tagen (6 gesunde, 10 mit Icterus neonatorum behaftete).

Nach G. ist das Urobilin ein Pigment, gebildet aus dem Hämoglobin mit Hilfe der Leberzelle: aber ein Produkt der Reduktion des Bilirubins, analog demjenigen, welches sich durch die Fäulnis im Darm bildet. Der Darm ist aber nicht die einzige Quelle, sondern dieser Prozess der Reduktion des Bilirubins im Urobilin kann sich in den verschiedensten lebenden Geweben vollziehen und das Urobilin im Urin ist nur die Anzeige einer Bilirubinämie.

Seine Untersuchungsresultate fasst G. in folgende Schlusssätze zusammen:

1. Im Urin der kleinen Kinder fehlt in normalem Zustande das Urobilin oder findet sich nur in geringsten Spuren.
2. Bei Neugeborenen und Säuglingen fehlt das Urobilin im Urin, während man bei ihnen nicht selten Sterkobilin in den Fäces

findet, besonders bei den nicht mit Muttermilch genährten Säuglingen.

3. Bei der Pneumonie der Säuglinge beobachtet man in der Regel eine deutliche Urobilinurie, ohne dass derselben eine Vermehrung des Urobilins in den Fäces entspricht.
4. Der Icterus der Neugeborenen pflegt nicht von Urobilinurie begleitet zu sein.
5. Bei Kindern wie Erwachsenen findet sich bei katarrhalischer Gallenkolik Urobilinurie im Beginn und gegen das Ende der Krankheit. Von den Leberkrankheiten führen nur diejenigen, welche mit Gallenstase verbunden sind, auch im kindlichen Alter zu dauernder und hochgradiger Urobilinurie, während in denen, bei welchen es sich um schwere und ausgedehnte Degeneration der Leberzellen handelt (Amyloidleber), die Urobilinurie fehlt.

Bei dem grössten Teil der Infectionskrankheiten des kindlichen Alters beobachtet man eine vorübergehende Urobilinurie, der vermehrten Hämolyse entsprechend, am geringsten bei der Diphtherie, deutlicher bei Masern, Typhus und Tuberkulose, mehr noch beim Scharlach, am meisten aber bei der Pneumokokkeninfection.

---

198) **Fr. Lanz.** Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie bei einem 4jährigen Knaben.

(Aus der pädiatrischen Klinik in Graz.)

(Wiener klin. Wochenschrift 896 No. 30.)

Die akute gelbe Leberatrophie gehört zu den *seltensten Erkrankungen des Kindesalters*; es sind im Ganzen etwa 15 Fällen bekannt. Deshalb schon hat die folgende Krankengeschichte grosses Interesse:

G. F., 4jähriger unehelicher Sohn eines Maurers, unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen aufgewachsen, litt nach Angabe des Vaters bereits seit einigen Monaten an Appetitlosigkeit, zunehmender Mattigkeit und vermehrtem Durste.

Am 14. 5. 1896 bemerkte der Vater Gelbfärbung der Haut, weshalb er den Knaben ins Ambulatorium des Kinderspitals zur Untersuchung brachte. Da der Knabe erbrochen hatte, appetitlos und obstipiert war und kein Fieber hatte, wurde die Diagnose Icterus catarrhalis gestellt und die entsprechende Therapie eingeleitet. Am nächsten Morgen wurde der Knabe abermals zur Klinik gebracht; der Icterus hatte zugenommen, das Erbrechen aufgehört, das Tags vorher gereichte Calomel hatte seine Schuldigkeit gethan. Doch sah der Knabe so hinfällig aus, dass er unter Berücksichtigung der elenden häuslichen Verhältnisse aufgenommen wurde.

Status praesens: Pat. gross, gracil gebaut, schlecht genährt, schläft viel, das Sensorium frei. Die allgemeinen Hautdecken, Conjunctivae und sichtbaren Schleimhäute intensiv gelb gefärbt. Aus dem Munde Geruch nach Meth, Zunge belegt. Die Thoraxorgane ohne Besonderheit. Abdomen nicht aufgetrieben, Leberdämpfung verkleinert, vom oberen Rande der 7. zum oberen Rande der 9. Rippe reichend. Milz nicht tastbar. Harn lichtbraun, hell, enthält Gallenfarbstoffe, Eiweiss und Aceton in geringer Menge. Stuhl angehalten.

Decursus: 17. 5. Das Kind war gestern Nachmittags auffallend unruhig, wälzte sich im Bette herum, klagte über Schmerzen, ohne eine bestimmte Lokalisation anzugeben; dann legte es sich wie schwer erschöpft hin, die Augen halb geöffnet, anscheinend bewusstlos, mit vollkommen erschlafften Gliedern. Pat. erbrach wiederholt. In der Nacht war es ruhig (es hatte Chloralhydrat bekommen) schrie nur 2 mal auf. Die bisher normale Temperatur stieg um 1 Uhr Nachts auf 38,9° C. Am Morgen Zähneknirschen, Muskelrigidität, Patellarsehnenreflexe gesteigert, die Pupillen weiter, beiderseits gleich, träg reagierend. Das Abdomen etwas aufgetrieben, durch die Bauchdecken Kotballen zu fühlen. Herzaction unregelmässig, Frequenz zwischen

90 und 100, Temperatur auf 36° C. abgefallen. Pat. ist bewusstlos; Mittags Koma, Nachmittags bei jeder Berührung Streckkrämpfe, an das Bild der Anfälle bei Tetanus erinnernd. Ein lehmartiger, weicher Stuhl. 4 Uhr Nachmittags unter leichten Convulsionen Exitus.

Auf Grund dieses Krankheitsbildes war die Diagnose gestellt worden, welche durch die Section bestätigt wurde. Aetiologisch liegt der Fall völlig unklar. Bezüglich der Symptomatologie unterscheidet er sich von den in der Litteratur angegebenen nur durch das Fehlen des Milztumors und der Blutungen. Wenn man jedoch bedenkt, dass von dem Auftreten der schwereren Erscheinungen bis zum Exitus kaum 48 Stunden verflossen sind, so wird es erklärlich, dass die Blutdissolution nicht in Erscheinung treten konnte.

---

199) **C. Göbel.** Casuistischer Beitrag zur Frage des Vorkommens des Processus vermiformis im Bruchsack bei Kindern.

(Aus dem neuen allgemeinen Krankhaus Hamburg-Eppendorf.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 29.)

Der 1. Fall betraf einen 3monatlichen Knaben mit linksseitiger Hernia inguinalis indirecta, in die bei irgend welchen Anstrengungen des Kindes Darmschlingen hervortraten, der 2. Fall einen 2jährigen Knaben mit beiderseitiger Inguinalhernie.

Bekanntlich neigen Kinder mit Phimosis sehr zur Bruchbildung. Auch diese beiden Pat. wiesen eine Phimosis auf, die mit operiert wurde und heilte. Die Hernien wurden radikal operiert, bei dem 2. Pat. die eine kleinere nicht, weil erfahrungsgemäss solche kleine Hernien nach Phimosenoperation spontan zurückgehen; das war in der That auch hier der Fall.

Beide Male resecierte man den Processus vermiformis nicht. Bei dem 1. Pat. war er freilich von mittlerer Länge und frei beweglich im Bruchsack, bei dem 2. Kinde aber war er sehr lang und mit der Spitze an dem Scheitel des Bruchsackes festgewachsen; er wurde abpräpariert, seine Spitze durch ein paar Catgutnähte mit Peritoneum übersäumt und dann versenkt, weil G. ein wenn auch anscheinend überflüssiges Organ nicht unnötig wegnehmen wollte.

Der Schluss des Leistencanals, die „Pfeilernaht", wurde das 1. Mal mit Silberdraht, das andere Mal mit Juniperuscatgut gemacht, mit ersterem nur als Versuch, um zu sehen, ob wirklich ein Perhorrescieren dieser Methode wegen der darauf folgenden langwierigen Fisteln geboten ist. Letztere bilden sich auch hier. Die Silberdrahtnaht ist, wo man die Etagennaht der Bauchdecken mit resorbierbarem Material machen kann, nicht mehr am Platz, sie ist für Fälle zu reservieren, wo eine grosse Spannung zu überwinden ist und andere Nähte reissen, also bei den grossen Bauchbrüchen corpulenter Individuen.

G. wandte auch nicht den von Sendler empfohlenen Jodoformcollodiumverband an, weil ein solcher bei Kindern zu häufig die Haut reizt, er machte einen einfachen aseptischen Gazezinkpflasterverband, der sich gut bewährte. Ein Stück die Wunde

eben überragender Gaze wird mit Zinkpflaster (Beiersdorf & Co.) bedeckt, bei kleinen Kindern ausserdem zur Vermeidung von Durchnässung der Penis durch Zinkpflasterstreifen so befestigt, dass der Urinstrahl die Wunde nicht trifft.

---

200) **Lannelongue.** Behandlung von Inguinalhernien mit Chlorzinkinjectionen.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 25.)

L. stellte in der Académie de médec. (7. VII. 96) 5 Kinder vor, bei denen die Operation so erfolgreich war, dass selbst beim Husten und Pressen keine Spur einer Hernie mehr wahrzunehmen ist. In Narkose wird durch einen Assistenten zunächst mit dem Finger ein Druck gegen den tiefen Leistenring ausgeübt, um den Eintritt der Flüssigkeit ins Peritoneum zu vermeiden. Der Operateur injiciert dann eine 10%ige Chlorzinklösung um den Ring, und zwar genügen gewöhnlich 5 Injectionen von je 5—6 Tropfen, 2 nach aussen, 2 nach innen und 1 nach unten vom Leistenkanal; hierauf Compressionsverband. Die ganze Gegend schwillt bald stark an und es erfolgt Sclerosierung, wodurch der Leistenkanal gänzlich aufgehoben wird.

---

201) **C. Arndt.** Nabelschnurbruch mit Herzhernie. Operation durch Laparotomie mit tötlichem Ausgang.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen.)

(Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 24.)

7 Stunden nach der Geburt wird das gut entwickelte, völlig reife Kind operiert, welches einen etwa apfelgrossen Bruch besitzt, durch dessen durchsichtige Bedeckung hindurch Darmschlingen, Leber und, am obersten Rande, das pulsierende Herz sichtbar sind. Nach Eröffnung der Geschwulst liegen fast sämtliche Baucheingeweide zu Tage; die ganz difform gestaltete Leber, der Magen, der Dünndarm, ein Teil des Dickdarmes und endlich ohne Pericard das Herz. Im sternalen Teile des Zwerchfells findet sich ein Spalt, durch den aber das Herz nicht reponiert werden kann. Damit war die Prognose besiegelt. Als zum Verschluss der angefrischten Bruchpforte geschritten wird, erfährt das bis dahin normal pulsierende Herz einen anhaltenden Druck, sodass die Herzcontractionen langsam und unregelmässig werden. Es werden, um mehr Raum zu gewinnen, die Bauchdecken bis zur Symphyse gespalten, und, als sich auch jetzt der Inhalt des Bruches für die Pforte als zu gross erweist, ein grosser Teil des rechten Leberlappens keilförmig reseciert; die gering blutende Leberwunde wird teils durch Nähte geschlossen, teils durch den Paquelin verschorft. Jetzt lässt sich der Bruchinhalt in die Bauchhöhle zurückbringen, worauf die Bauchwunde mittelst Silberdrahtes geschlossen wird. Aber auch jetzt drücken die durch Silbersuturen vereinigten Bauchdecken in beängstigender Weise auf das Herz. Die Herzkontraktionen werden unregelmässiger und immer seltener, die Atmung wird flacher, und mit Beendigung der Operation ist der Exitus letalis als Folge der Herzcompression eingetreten.

Auch die konservative Behandlung hätte wohl denselben Effect gehabt, wie der einzige hierüber publicierte Fall zeigt, bei dem das Kind, dem ein Druckverband angelegt worden war, nach 4 Wochen starb.

---

202) **Aurel Ritter v. Berks.** Ein interessanter Fall von angeborener Anomalie des Herzens.

(Aus dem Ambulatorium für Kinderkrankheiten des hauptstädt. allgem. Krankenhauses St. Johann zu Budapest).

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 29.)

Wenngleich in dem folgenden Falle weder ein Sectionsbefund vorliegt, noch eine genaue klinische Diagnose möglich war, so ist die Krankengeschichte doch schon deshalb interessant, weil sie einen prägnanten, nur selten im Kindesalter diagnosticierten Fall von Dextrocardie betrifft, und weil dieser eine Reihe von interessanten Ernährungsstörungen aufweist, die in Folge der Bildungsfehler auftraten.

3½jähriges Kind, Maurersohn. Vater gesund. Mutter 1893 wegen tertiärer Lues behandelt. Sie hat 11 Kinder geboren, 5 davon in den ersten Monaten des 1. Lebensjahres gestorben. 1 Abortus im 4. Monate; 6 Kinder leben, 5 davon gesund. Der kranke Knabe ist reif zur Welt gekommen, war asphyctisch und in den ersten Lebenstagen hochgradig cyanotisch, nachher liess die Cyanose etwas nach. Gegenwärtig soll sie wieder stärker sein. Schon in den ersten Lebenswochen entstanden Anfälle von hochgradiger Dyspnoë, wobei die Augen trüb und verdreht wurden und das Kind schrie. Dauer ¼—2 Stunden, die Anfälle bestehen fort. Nach den Anfällen tritt nicht selten Epistaxis auf. Der Neugeborene nahm die Brust regelmässig und gedieh ganz normal; erste Zähne im 5. Monate. Gehen und stehen kann das Kind nicht, nur sitzen. Ernährung normal. Seit der Geburt Ausfluss aus beiden Ohren. Im December 1894 wurde die linke Ohrmuschel schwarz, zum Teil brandig, und fiel ab. Die erwähnten Anfälle traten beinahe täglich 4—8 mal auf; bleiben sie 1—2 Tage aus, so treten sie den nächsten Tag desto intensiver auf. Im Beginne seines 2. Lebensjahres traten Schmerzen im Munde auf, es entstand ein grosses Loch unter der Zunge, wobei die oberen Zähne ausfielen. Um den Mastdarm entstand im 1. Jahre ein Abcess.

Status praesens: der seinem Alter entsprechend entwickelte Knabe ist von kräftigem Körperbau, guter Ernährung, mässig starkem Panniculus. Allgemeine Decken blass, ins Bläuliche verfärbt; intensiv cyanotisch ist die Gesichtshaut, hauptsächlich Nase und Lippen, die Conjunctiva zeigt auch einen Stich ins Blaue, weiteres die Finger, Hand, Unterarm und die Haut der unteren Extremitäten bis zu den Knieen. Starke Cyanose zeigt die Zunge und Mundschleimhaut. Das Gesicht ist gedunsen, Gesichtsausdruck blöd, cretinoid. Schädel leicht rhachitisch. Während die rechte Ohrmuschel normal geformt, etwas grösser und cyanotisch ist, befindet sich linkerseits nur ein Rudiment derselben von der Grösse eines 4 Kreuzerstücks, welches, auf narbiger Basis sitzend, über den Meatus auditor. extern. hinübergebogen ist, sodass es diesen zudeckt. Klappt man diesen übriggebliebenen Lappen um, so erscheint an Stelle der äusseren Gehörgangsmündung in narbigem Gewebe eine trichterförmig seichte Einziehung, die blind endet, in der Grösse eines Stecknadelkopfes. Angeblich secerniert diese Oeffnung zeitweise Eiter. Pupillen mittelweit, prompt reagierend. Eigentümlich ist die Configuration der Oberlippe, sie ist ihrer Breite und Länge nach verkürzt, geschrumpft, in radiale Falten gelegt. Als Ursache finden wir an der Innenfläche der Oberlippe eine kreuzergrosse, narbige Mulde, welche jedenfalls von einem bedeutenden Substanzverluste herrührt. Die oberen Schneide- und Eckzähne fehlen, in der unteren Zahnreihe fehlen ebenfalls einige, andere sind abgebrochen. Die vorhandenen sind eigentümlich graugelb verfärbt, abbröckelnd. Die Endglieder der Finger sind trommelschlägelartig verdickt, dunkelblau verfärbt. Die unteren Extremitäten zeigen eine deutliche Atrophie der gesamten Muskulatur, sind activ und passiv beweglich. Kniereflexe vorhanden. Endphalangen der Zehen ebenfalls sehr blau und trommelschlägelartig verdickt. Um die Analöffnung eine ringförmige vertiefte

Narbe, etwa $1^1/_2$ cm breit, auf einen vorhanden gewesenen Substanzverlust hinweisend.

Untersuchung der Brustorgane nur in unvollkommener Weise möglich, da das Kind in einem suffocatorischen Anfalle sich befand, als es zum Autor gebracht wurde. Es zeigte eine von starkgesteigerter Stauung im Venensystem (Cyanose) begleitete Dyspnoë, tiefe geräuschvolle Inspirationen mit starkem brüllenden Schreien, dazwischen hochgradige Unruhe, worauf nach Angabe der Mutter gewöhnlich ein schlafsüchtiger, bewusstloser Zustand des kranken Kindes folgt. Bei jeder Berührung brüllte es förmlich und schlug um sich herum. Bei der Inspection des Thorax konnte aufs deutlichste in der Mammillarlinie im 3., 4. und 5. Intercostalraum in schräg von innen oben nach aussen unten abfallender Linie eine kurzwellige Vibration und Pulsation gesehen werden, welche mit dem Pulse isochron verlief und mit der aufgelegten Hand als pulsatorische Erschütterung gefühlt wurde.

Die Percussion ergab rechts von der 3. Rippe herab bis zum Rippenbogen Dämpfung, während die normaliter links auffindbare Herzdämpfung fehlte. Hingegen machte sich von der linken Parasternallinie nach aussen im Bereiche des 2. 3. und 4. Intercostalraumes eine deutliche circumscripte, mit ihrer Längsachse der Parasternallinie parallel situierte ovoide Hervorwölbung des Thorax bemerkbar, an der jedoch keine Spur von Pulsation vorhanden war. Die Auscultation des Herzens ergab über allen Ostien 2 rasch hintereinander folgende, klappende, markierte Töne; von einem Herzgeräusch war wegen der geräuschvollen Respiration und des Schreiens nichts wahrzunehmen.

Durch die Auscultation der rechten hinteren Thoraxfläche zwischen innerem Scapullarrand und Wirbelsäule konnte ebenfalls das Vorhandensein der 2 rasch aufeinanderfolgenden accentuierten Herztöne festgestellt werden. Der Hals dick, mit stark angeschwollenen Halsvenen, stark cyanotisch.

Nach Angaben der Mutter nimmt das Kind grosse Mengen Nahrung zu sich, worauf auch sein guter Ernährungszustand zu beziehen sei. In psychischer Beziehung ist der kranke Knabe stark zurückgeblieben; seine ganze Sprachkenntnis erstreckt sich auf einige gebräuchliche Wörter. Er sitzt oder rutscht auf der Erde meist allein herum, weil er infolge der Schwäche in den Beinen nicht laufen kann. Seine Hauptbeschäftigung bildet das Essen, worin er sehr häufig durch die erwähnten Anfälle von Schweratmigkeit gestört wird.

Also es besteht in diesem Falle neben bedeutender Cyanose der allgemeinen Decken eine Transposition des Herzens. Welche Veränderungen nun am Herzen die Cyanose und die suffocatorischen Anfälle, die evidente Folgen von Circulationsstörungen sind, bedingen, lässt sich wohl schwer entscheiden, da eine genaue Aufnahme des auscultatorischen Befundes am Herzen unmöglich war. Aber auch wenn diese durchführbar wäre, würde es schwer sein zu sagen, ob mit der abnormen gestörten Entwicklung des fötalen Herzens und der grossen Gefässstämme im Zusammenhang stehende Bildungsfehler, oder, wie es auch wegen gummöser Lues der Mutter absolut nicht auszuschliessen ist, durch intrauterine syphilitische Herzerkrankung des Fötus verursachte Veränderungen am Myocard, Klappenapparat und an den grossen Gefässstämmen des Herzens, den Circulationsstörungen und den durch letztere hervorgerufenen Erscheinungen zu Grunde liegen. Das eine steht fest, dass die Dextrocardie als angeborene Anomalie aufzufassen ist, also rein auf embryonaler Verlagerung dieses Organs beruht und mit den Circulationsstörungen nichts zu thun hat. Hier lag isolierte Dextrocardie vor, kein vollständiger Situs visrecum inversus. Der Umstand, dass mit Dextrocardie in manchen Fällen auch andere Bildungsfehler combiniert vorkommen, macht es wahrscheinlich, dass auch in diesem Falle solche vorlagen und als Ursache der Circulationsstörungen zu beschuldigen sind. Die vorhandenen, als directe Stauungserscheinungen hervorgetretenen Symptome

(Cyanose, Trommelschlägelfinger, Atemnot) bilden constante Begleiter von verschiedenen congenitalen Bildungsfehlern des Herzens, z. B. Defect des Septum ventriculorum, Persistenz des Ductus art. Botalli, Verengerung oder Atresie der Pulmonalarterie u. s. w. Das Zustandekommen jener destruierenden Processe (Zerstörung der Ohrmuschel, Defecte am Mundhöhlenboden und an der Oberlippe, Eiterung am Anus, Ausfall der Zähne, morsche Beschaffenheit der übrigen) erklärt sich leicht daraus, dass wir es eben mit einem Organismus zu thun haben, der infolge von abnormen Circulationsverhältnissen, die von Geburt aus bestehen, in seiner Ernährung constant herabgesetzt, in seiner Resistenzfähigkeit geschwächt ist, sodass er schon auf solche Reize mechanischer, chemischer, mycotischer Natur, die den gesunden Körper unberührt lassen, mit Gangrän reagierte. Worauf die beschriebene Vorwölbung des Thorax, die der normalen Herzgegend entsprach, zu beziehen ist, bleibt dahingestellt.

---

203) **Schuster.** Zur cardialen Bradycardie.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 30.)

Sehr bemerkenswerter Fall, eigentümlich wegen seines *paroxysmalen Auftretens* und selten, weil *ein so kleines Kind* — Sch. fand, was das Alter anbelangt, kein Analogon in der Litteratur — *trotz der schweren Erkrankung genesen ist.*

Ein gesundes, blühendes *Kind im Alter von 4 Jahren* erkrankte am 22. 6. 93 an *acutem Gelenkrheumatismus.* Am 26. 6. will die Mutter bei dem Kinde kurz andauernde Atemnot bemerkt haben. 2 Aerzte untersuchten das Kind genau, fanden aber nichts Abnormes. Am 29. 6. war der acute Process bereits abgelaufen.

Am 4. 7. sah Sch. die Patientin. Ihm fiel zunächst die eigentümliche Atmung auf, die beschleunigt und etwas erschwert war. Die Temperatur war normal, Puls 90—100 Schläge, leicht unterdrückbar, weich, sonst regelmässig. Bei der Auscultation war an der Herzspitze ein starkes, systolisches, blasendes Geräusch vernehmbar. Durch die Percussion war keine besondere Vergrösserung der Herzdämpfung nachzuweisen, doch war der Spitzenstoss in der Mammillarlinie schwach zu fühlen, sodass eine Vergrösserung — Dilatation — des linken Herzens anzunehmen war. Keine stürmische Herzbewegung, keine Verstärkung des 2. Pulmonaltons. — Therapie: Strengste Bettruhe und geeignete Diät.

Es vergingen einige Wochen, das Geräusch am Herzen wurde zusehends schwächer, der Puls 80—90, noch leicht unterdrückbar, der Spitzenstoss noch in der Mammillarlinie. Das Kind war munter und spielte im Bett, doch merkwürdigerweise wollte es nicht ausserhalb des Bettes sein, sondern verlangte mit einer gewissen Hartnäckigkeit, liegen zu bleiben.

Da traten plötzlich ohne nachweisbare Ursache gegen Ende Juli, also etwa 5 Wochen nach Beginn des acuten Gelenkrheumatimus, eigentümliche Anfälle auf, welche sich mit auffallender Regelmässigkeit abends, wenn das Kind einige Stunden bereits geschlafen hatte, wiederholten. Der Puls, welcher klein, arhytmisch wurde, sank in seiner Frequenz ganz erheblich, die Temperatur sank ebenfalls, die Atmung wurde langsamer, unregelmässig und zeigte oft das Cheyne-Stocke'sche Phänomen. An einem Abende z. B. so:

	Puls	Respiration	Temp.
8 Uhr abends	35	10—11	35,6 in axilla
9 „ „	39		
10 „ „	56		
11 „ „	35		
12 „ „	66	18—20	
1 Uhr morgens	89		
2 „ „	76		
3 „ „	72		
4 „ „	75		
5 „ „	80		

Während dieser Anfälle wurde das Kind sehr unruhig, es trat eine ganz profuse Schweissentwicklung auf, und der Zustand wurde manchmal so beängstigend, dass man an einen bevorstehenden Exitus glauben musste. Alle Excitantien, vielleicht mit Ausnahme von Cognac, nutzten nichts. Nach dem Anfalle, der 1—2 bis 3 Stunden oft andauerte und allmählich verging, trat ruhiger Schlaf ein, und am anderen Morgen erwachte das Kind munter und frisch. Die Pulsfrequenz steigerte sich am Tage oft bis zu 130—140 Schlägen, die Respirationsfrequenz betrug etwa 20 und die Temperatur 37—35,5°. Die üblichen Tonika blieben ganz erfolglos, die Anfälle kehrten 3 Wochen lang jeden Abend wieder, um dann allmählig in ihrer Intensität und Häufigkeit nachzulassen.

Das Kind erholte sich sodann ganz gut, bis am 13. 9. Herpes zoster sich einstellte. Seit dieser Zeit zeigten sich wieder schwere Anfälle jeden Abend. Am 28. 9. war der Herpes ganz geschwunden, die Anfälle gering, das Kind bekam guten Appetit, sah wieder wohl aus und konnte ohne Beschwerden ausserhalb des Bettes sein, auch bei günstiger Witterung ausgehen, der Puls war noch etwas weich und beschleunigt, etwa 90 Schläge, das systolische Geräusch nicht mehr zu hören.

Seit dem 12. 10. zeigten sich wiederum ohne irgendwelche nachweisbare Veranlassung die Anfälle, aber nun nicht mehr abends, sondern in den Morgenstunden gegen 6—7 Uhr. Die Pulsverlangsamung war nicht mehr so bedeutend wie früher, jetzt etwa bis zu 50 Schlägen. Bis zum 23. 10. kehrten sie unregelmässig wieder und hörten bis zum 8. 11. ganz auf. Dann traten Verdauungsstörungen ein, das Kind hatte täglich 4—6—9 mal Stuhlgang, wurde wieder bleich und hatte, indem weder durch strengste Diät, noch durch Medicamente ein Nachlassen zu erzielen war, wieder unter den Anfällen zu leiden, welche bis Ende November anhielten. Von dieser Zeit an war das Kind gesund und überstand im Januar 1894 die Masern, ohne dass von seiten des Herzens eine Störung eintrat.

Wie war nun dieses ganze Krankheitsbild aufzufassen, wodurch war das systolische Geräusch entstanden, wodurch die nachfolgende Bradycardie bedingt? Durch Endocarditis? Sollte auch wirklich eine solche am 4. Krankheitstage, als die Mutter eine gewisse Atemnot bemerkte, eingetreten sein, ohne stürmische Erscheinungen zu erzeugen und einen Klappenfehler zu hinterlassen, so ist hiermit wohl die Entstehung des Geräusches, aber noch nicht die Dilatation des linken Ventrikels und die Bradycardie zu erklären. An Reflexe von seiten des Verdauungskanals war nicht zu denken, da ausser Appetitlosigkeit nichts vorlag. Sch. nimmt Myocarditis an, durch die Noxe des Gelenkrheumatismus hervorgerufen und hauptsächlich das linke Herz betreffend, wo eine acute nutritive Dilatation des linken Ventrikels und dadurch eine relative Insufficienz der Mitralis hervorgerufen wurde. Wie freilich die Bradycardie damit zusammenhängt, lässt sich vorläufig nicht erklären, wir müssen uns vorläufig mit der Thatsache begnügen, dass Myocarditis imstande ist, Bradycardie zu erzeugen; ob es nun die durch die Myocarditis geschädigten nervösen Elemente des Herzens, die Herzganglien, sind, die hierbei eine Rolle spielen, oder der geschädigte Muskel selbst, diese Frage muss ebenfalls noch eine offene bleiben.

---

204) **Schwidop.** Ueber die locale instrumentelle Massage der Schleimhäute der Nase, des Nasenrachenraumes und des Rachens nach der Cederschiöld'schen Methode.

(Sep.-Abdruck aus: „Allgem. medic. Central-Zeitung 1895 No. 28.)

Sch. empfiehlt warm zur Behandlung der acuten und chronischen Entzündung der Nase (Verschwellung) die Massage, wodurch alle anderen therapeutischen Massnahmen überflüssig

werden. Die Massage soll aber bestehen in sanften Bestreichungen der Schleimhaut in der Richtung von vorn nach hinten und umgekehrt, 1 mal, höchstens 2 mal täglich, ausgeführt mit einem einfachen Instrumentchen. Dasselbe (ebenso wie die anderen verfertigt von Meyer & Kersting, Karlsruhe in B.) besteht in einem 18 cm langen, doppelt gedrehten Silberdraht, der in einem kleinen Holzgriffe befestigt ist und an seinem vorderen Ende eine Oese besitzt; in letztere wird nun ein schmaler Streifen feinsten Battistes wie der Faden ins Nadelöhr hineingeschoben und durch Drehbewegungen des Stäbchens ca. 3 mal um die Oese herumlaufen gelassen, sodass letztere vollständig gedeckt ist, worauf man den Streifen immer unter Drehbewegungen bis zum Griff leitet, wo er in sich selbst oder mit einem feinen Gummiring befestigt wird. Nunmehr erleuchtet der Geübtere unter Benutzung des Speculums die Nasenhöhle, erfasst das Stäbchen wie eine Sonde und schiebt es — ohne vorherige Cocainisierung — möglichst zart über die erkrankten Partien hinweg bis zur hinteren Rachenwand vor und wieder zurück, und so mehrere Male, wobei es nicht nötig ist, die ganze Nasenschleimhaut zu bearbeiten, sondern genügt, den unteren Nasengang allein oder zusammen mit dem mittleren in Angriff zu nehmen. Der weniger Geübte (auch der intelligente Pat. selbst) macht es am besten so, dass er das armierte Stäbchen, dessen vorderes Ende er dicht hinter der Oese in einem Winkel von 135° abgeknickt hat, in den unteren Nasengang einführt, den Griff sofort bis zur Horizontalen hebt und nun recht zart und stets sondierend es bis zur Berührung der hinteren Rachenwand vorschiebt, immer darauf achtend, dass das Instrument in der Richtung des unteren Nasenganges bleibt.

Auch chronische und acute Catarrhe des Rachens und Nasenrachenraumes werden so behandelt, indem ähnliche Instrumente, wie das oben beschriebene, armiert und einige leichte reibende Bewegungen gemacht werden, die aber ebenfalls recht zart sein müssen, da gerade der schwache Reiz vorzüglich wirkt.

---

205) **Lacourret.** Pseudo-hypertrophie post-diphthérique des amygdales.

(Revue de laryng. 1896 No. 21. — Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 29.)

3 Wochen nach überstandener Rachendiphtherie zeigten die Gaumenmandeln eines 4 jährigen Knaben eine sehr starke, von Tag zu Tag bis zur gegenseitigen Berührung und Verdeckung des Zäpfchens zunehmende Volumsvergrösserung, blieben aber durchaus frei von entzündlichen Erscheinungen. Keine Schwellung der Submaxillar- oder anderer Drüsen. Unter adstringierenden Pinselungen ging der Umfang der Mandeln bald zurück, bis sie nach $1^1/_2$ Monaten geradezu atrophisch geworden waren. Aus diesem Verlauf ist zu schliessen, dass jene Schwellung keine wahre Hypertrophie auf entzündlicher Basis war, sondern eine Lymphadenopathie pseudoleucämischen Charakters und toxischen Ursprungs.



206) **E. Rimini.** Ueber einen Fall von Pyämie infolge acuter eitriger Mittelohrentzündung nach Diphtheritis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 27.)

Das $3^1/_2$jährige Kind wurde am 5. 2. v. J. auf der Diphtherie-Abteilung des Spitals von Triest aufgenommen, 6 Tage nach erfolgter Erkrankung. Es handelte sich um einen diphtheritischen Process leichter Natur, nach 1maliger Injection von Behring'schem Serum No. I verschwand am 3. Tage das Exsudat auf den Tonsillen und das Kind erholte sich, allmählich der Reconvalescenz zuschreitend.

Am 15. 2. (also 10 Tage nach der Injection) plötzliches Auftreten von Fieber (39,2°) bei gleichzeitiger Entwicklung des oft nach Behring'scher Injection beobachteten scharlachähnlichen Exanthems, speciell an den unteren Extremitäten.

Am 17. 2. plötzliche Temperatursteigerung (40°). Am 18. 2. klagt Pat. über Ohrenschmerzen rechts, am 19. 2. auch links, welche durch Eintreten copiösen eitrigen Flusses bedeutende Linderung erfahren. Am Nachmittage letzteren Tages Schüttelfröste, welche in den nächsten 2 Tagen sich wiederholen.

21. 2. morgens schmerzhafte Schwellung des linken Kniegelenkes und des Oberarmes derselben Seite. Bei mässiger Pupillendilatation, träger Reaction derselben, Deviation conjugée der Augen nach links tritt nachmittags in comatösem Zustande der Exitus ein.

Die Autopsie bestätigt die Diagnose: Pyämia ex otitide. Die Section der Schläfenbeine ergab: Rechts: Dura mater normal; im Sinus transversus, petrosus super. und infer. flüssig-schwarzes Blut; äusserer Gehörgang, Mittelohr und Antrum mit dickem, bröckligem Eiter gefüllt; kleine Perforation des Trommelfells; Zellen des Warzenfortsatzes normal. Am linken Schläfenbein derselbe Befund, nur hier Trommelfell total zerstört.

Also ein Fall von Pyämie nach acuter eitriger Mittelohrentzündung, bei dem die erstere ungemein rasch eintrat. Die Virulenz des Entzündungserregers manifestierte sich schon darin, dass das linke Trommelfell in wenigen Tagen total zerstört wurde.

---

207) **A. Martha.** L'otite lactique chez le nouveau né.

(Progès méd. 1896 No. 23. — Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 29.)

Bei Neugeborenen entsteht nicht selten eine catarrhalische, die Schleimhaut des äusseren Gehörgangs betreffende Otitis dadurch, dass die durch Regurgitation wieder aus dem Munde quellende Milch bei Rückenlage des Kindes über die Wangen in die Ohren läuft. Nicht beachtet, wird die Affection bisweilen chronisch. Durch Ausspülungen mit Borsäurelösung erzielt man in wenigen Tagen Heilung.

---

208) **Heller.** Ueber einen Fall von psychischer Taubheit im Kindesalter.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 33.)

H. gebührt das Verdienst, einen Krankheitsprocess aufgeklärt zu haben, der scheinbar Taubstummheit ist und sehr leicht damit verwechselt werden kann, wodurch nur allzuleicht die Gefahr entstehen kann, dass der betreffende Zustand unheilbar wird, indem die Angriffspunkte für eine ordnungsmässige und rechtzeitige Einwirkung vernachlässigt werden. H. stellte nun am Otologentag in Wien einen solchen Fall vor, der sehr interessant ist.

$3^1/_2$jähriger Knabe, Kind einer „nervösen" Mutter, war stets sehr erregbar und oft schlaflos. Der Ohrbefund war ein völlig normaler, und trotzdem stellte sich die normale Sprache nicht ein. Es kam nur zur Bildung von Wortfrag-

menten und der Knabe sprach von 2silbigen Worten bald die eine, bald die andere Silbe in verstümmelter Form und gleichsam in spielender Wiederholung. Im Laufe der Zeit hatten sich auch diese Sprachrudimente zum Teil verloren, ohne dass an ihrer Stelle neue gebildet worden wären.

Als H. den Knaben kennen lernte, verstand derselbe kein einziges Wort, das an ihn gerichtet wurde, und es war fast unmöglich, seine Aufmerksamkeit auf sonstige Schalleindrücke zu lenken; er reagierte höchstens reflectorisch und nur auf ganz laute Schalleindrücke. Von Wortfragmenten, die er noch besass, waren die Wörter „Mama“ und „Bertha“ die deutlichsten, doch auch diese hatten für ihn weder Bedeutung noch Inhalt. Zudem befand sich der Knabe in einem Zustande hochgradiger motorischer Agitation und Aufregung, die sich manchmal zu förmlichen tobsuchtartigen Paroxysmen steigerten, in welchen das Kind heftig in hohen Tönen schrie, um sich schlug, biss und sich selbst beschädigte. In vollem Gegensatze zu der Unempfänglichkeit des Pat. gegenüber einzelnen lauten Schalleindrücken stand aber die Thatsache, dass Melodien, wie die Klänge einer Spieldose oder einer Drehorgel am ehesten geeignet waren, den Knaben selbst in Aufregungszuständen einigermassen zu beruhigen.

Der Versuch, an die Wortfragmente, die der Knabe noch besass, anzuknüpfen und ihm dieselben zuerst sprechend, dann singend ins Ohr einzusagen, in der Hoffnung, dass der Knabe dieselben nun bewusst hervorbringen werde, misslang vollständig. Das Kind wehrte jede derartige Einwirkung entschieden ab, gab nach einiger Zeit das Spiel mit den beiden Wortfragmenten auf und auch der beruhigende Einfluss der Melodien begann zu schwinden. Auch von Spielbewegungen begleitete Melodien, welche erfahrungsgemäss den grössten Anreiz für Kinder haben und sie zur Nachahmung am ehesten anregen, hatten keinen Erfolg. Ein Behandlungseffect wurde erst nach 4monatlicher Einwirkung ersichtlich, als es H., unterstützt von einer tüchtigen Kindergärtnerin, bei Anwendung der Concentrationsmethode gelang, das Bewusstsein des Zusammenhanges von Wort und Gegenstand zu erwecken. Doch war es zunächst nur so, dass der Knabe den Beweis, gehört und begriffen zu haben, nur dadurch lieferte, dass er Leistungen einfachster Art, zu denen er aufgefordert worden war, richtig vollführte. Unmöglich aber war es anfangs, den Knaben zu bewegen, dass er ein bestimmtes Wort als Bezeichnung eines bestimmten und ihm wohlbekannten Gegenstandes aussprach; er producierte bei stärkerem Andrängen meistens nur seine Wortfragmente oder gar nur die einzelnen Silben derselben, die er nicht ohne Wohlgefallen unsinnig untereinandermischte. Dagegen achtete er mit steigender Aufmerksamkeit darauf, wenn die von ihm ausgeführte Handlung mit denselben Worten bezeichnet wurde, und man konnte bemerken, dass er hie und da das Vorsprechen dieser Worte mit Lippenbewegungen begleitete. Das Wort „Ball“ war das erste, das der Knabe correct und bestimmt, besonders in Ergänzung des Satzes: „Das ist ein — Ball“ aussprach. Diesem folgten rasch noch andere Worte, die zunächst in Form der Ergänzung, später auch spontan produciert wurden, und damit war die Sprechfähigkeit des Kindes zum Durchbruch gekommen, die sich dann erfreulich entwickelte; so bekam das Kind eine gewisse Sicherheit im Erkennen und Auswählen, resp. Unterscheiden der Lehrobjecte, und je sicherer dies gelang, desto deutlicher und bestimmter hörte es aus immer zunehmender Entfernung und bei abnehmender Schallintensität, und desto mehr war es geneigt, Geräuschen und Klängen seine Aufmerksamkeit zu schenken. Freilich war der Fortschritt kein stetiger; wenn sich die Erregtheit mal steigerte, verringerte sich die Aufmerksamkeit und das Interesse, die Hörfähigkeit nahm ab. In letzter Zeit kam das immer seltener vor und jetzt gar nicht mehr. Jetzt verfügt der Knabe über eine völlig normale Aufnahmsfähigkeit durch das Gehör, er ist im stande, die Gehörswahrnehmungen in Vorstellungen umzusetzen und alle die Leistungen auszuführen, die man von ihm fordert und die seinem Alter entsprechen; er ist aber auch fähig und willig, Erkenntnisse und Urteile spontan in Worte zu kleiden und zweckmässige Fragen zu stellen.

Für die Heilpädagogik bei Behandlung derartiger Fälle bei eretischen Individuen sind 2 Aufgaben massgebend:

1. den dauernden Zustand der Erregung zu bekämpfen;
2. die Concentrations- und Perceptionsfähigkeit zu wecken und zu pflegen.

Die Herabsetzung der Erregung ist die wichtigste Vorbedingung

des Erfolges. Neben event. Medicamenten ist strenge Isolierung, womöglich in ländlicher Abgeschiedenheit von nöten. Ausserdem haben sich 3 Hilfsmittel als sehr wirksam erwiesen: Fussbodenliegen, Fussbodenturnen und rhythmische, zunächst passiv ausgeführte Bewegungen der Extremitäten und des ganzen Körpers. Durch die beiden letzteren wird man zugleich der zweiten Forderung gerecht, der Erweckung der Aufmerksamkeit für eine bestimmte Handlung und mittelbar für einen bestimmten Gegenstand, während sonst die Aufmerksamkeit der Pat. bei rasch wechselnder Activität von einem Gegenstand zum anderen ablenkt, ohne dass er sie irgend einem solchen lange genug widmet, damit dessen Bild in die Bewusstseinssphäre eindringe und darin haften bliebe. Dann kann die Concentrationsmethode einsetzen, das gesprochene Wort auf den wahrgenommenen Gegenstand beziehen lehren und auf diesem Wege jene psychischen Vorgänge herbeiführen, welche zur Erwerbung der normalen Sprache führen.

---

209) **Gortjartschkin.** Mutatismus hystericus ex trauma psychica.

(Djetzkaja Medicina 1896 No. 1. — Litteraturbeilage zur St. Petersburger Medic. Wochenschrift 1896 No. 6.)

Ein 12jähriger Knabe wird von einem Betrunkenen plötzlich angeschrien und verliert sofort die Sprache, kann sogar keinen Laut von sich geben. Sonst keine Störung, nur in der Gegend der Mm. frontales und masseteri fortwährendes fibrilläres Zucken. Heilung durch Hypnose.

---

210) **Freytag.** Fall von Sigmatismus nasalis.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 29.)

Der von F. in der Medic. Gesellschaft zu Magdeburg (21. 5. 96) demonstrierte Fall betrifft ein 14jähriges, aus gesunder Familie stammendes Mädchen, das seit frühester Kindheit mit dem Sprachfehler behaftet ist. Es spricht S und die mit S verwandten Zischlaute durch die Nase, die übrigen Consonanten und die Vocale rein aus; beim Aussprechen der Zischlaute hört man die Luft mit einem stenosenartigen Geräusch durch die Nase blasen, es findet also ein ungenügender Abschluss der Nasenrachenhöhle von der Mundhöhle statt, was, wie die Untersuchung lehrt, bedingt ist durch Kürze und Rigidität des Gaumensegels (Insuffisance vélo-palatine Lermoyez), wodurch der sonst beim Sprechen, Schlucken u. s. w. hinreichende Gaumenverschluss gesprengt wird bei Bildung der Zischlaute, die, soweit sie tonlos, mit geöffneter Stimmritze, also breitem Exspirationsstrom gesprochen werden. Pat. zeigt keine Hypertrophie der Mandeln, dagegen einen hochgradigen eitrigen Catarrh des Nasenrachenraumes, über dessen Dauer nichts bekannt ist, sowie doppelseitige chronische Mittelohreiterung, die im 2. Lebensjahr nach Masern eintrat. Ob ein ursächlicher Zusammenhang dieser Affectionen mit der Insufficienz des Gaumensegels besteht, muss dahingestellt bleiben.

---

211) **Quesse.** Epilepsie und adenoide Vegetationen.

(Der ärztl. Praktiker 1896 No. 14.)

Q. mahnt, den Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen nicht aus dem Auge zu verlieren, sondern bei Epilepsie, deren Aetiologie unklar ist, auf adenoide Vegetationen zu fahnden und letztere zu entfernen. Q. thut dies in der Regel mit dem Fingernagel und hat auf diese Weise im Laufe von 6 Jahren mehr als 20 Fälle behandelt und fast sämtlich prompt und dauernd geheilt. Alle beobachteten Fälle betrafen jugendliche Individuen unter 20 Jahren, und die Epilepsie datierte bei denselben stets bis ins Kindes-, zum Teil sogar Säuglingsalter zurück.

---

212) **Th. Zangger.** Ein Fall von Tetanie im Kindesalter.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 14.)

2½ jähriger Knabe, von gesunden Eltern der Arbeiterklasse abstammend (Vater aber sehr aufgeregter Natur), seit seinem 5. Lebensmonat an Stimmritzenkrampf leidend, der besonders beim Zahnen sich alle paar Monate wiederholte, sonst aber stets gesund, erkrankte am 7. 3. mit Fieber (etwas über 38°).

Status praesens am 8. 3.: Kräftiger, gut entwickelter Knabe mit rhachitischen Erscheinungen am Knochenscelett (Rippen und Epiphysen der Extremitäten), liegt apathisch da. Temp. 40,1°, Puls 100, Resp. 30. Im Pharynx und am harten Gaumen leichte Rötung. Im Gesicht ein halbes Dutzend Stellen mit chronischem trockenem Ekzem. Am ganzen Körper zerstreut, namentlich an den Beinen, circumscriptes, maculöses, hellrotes Erythem, auf Druck erblassend. Flecken stecknadelkopf- bis erbsengross, sehr scharf abgegrenzt. Bronchialcatarrh in den hinteren unteren Lungenpartien. Keine Dämpfung. Reflexe nicht gesteigert. Ordination: Lauwarmes, allmählich abzukühlendes Bad; Dämpfe zum Inhalieren.

Abends: Pat. soll jede Stunde einen Stimmritzenkrampf bekommen haben und hat jetzt einen Anfall. Derselbe setzt ein mit heftigem Kopfschütteln; es erfolgen 3—4 tiefe Inspirationen, Apnoë für 10—20 Secunden, bis das Gesicht cyanotisch wird, heftiges Schütteln des ganzen Körpers, weder Zuckungen noch Krämpfe in Armen und Beinen. Temp. 38,1°, sonst Status idem.

9. 3. In der Nacht soll sich der Stimmritzenkrampf verstärkt haben und jede halbe Stunde aufgetreten sein; hierzu gesellten sich dauernde Krämpfe in den Händen, welche die Eltern des Pat. im höchsten Grade erschreckten. Beide Hände sind im Handgelenk in Flexions- und leichter Supinationsstellung, in den Phalangealgelenken in maximaler Extension, die Daumen krampfhaft in Oppositions- und Flexionsstellung in die Vola eingeschlagen, die typische Stellung für Tetanie, die nur mit Gewalt vorübergehend gelöst werden kann. Reflexe gesteigert. Facialisphänomen. Temp. 36,8°, Puls und Resp. normal. Ueber den Lungen nur mittelgrossblasige Rhonchi. Hinter den Ohren und auf der Stirn typisch morbillöses Exanthem, am Körper nur oben beschriebenes Erythem. Conjunctivae dunkelrot, secernierend.

Diagnose: Tetanie und Morbilli.

Weiterer Verlauf: Nachdem der Krampf 36 Stunden anhaltend gedauert hat, bei nunmehr normaler Temperatur, tritt er vom 10—14. 3. nur intermittierend, und zwar alle 1—2—3 Stunden für kurze Zeit auf, vom 14. 3. an werden spontan keine Spasmen mehr beobachtet. In den Intervallen lässt er sich durch Constriction des Oberarmes mittels eines Tuches links wie rechts nach ½—1 Minute unter Schmerzäusserung beim Auftreten willkürlich erzeugen. Dies gelingt am 18. 3. zum letzten Male, doch erst nach 2 Minuten dauernder Constriction. Krämpfe in den Beinen wurden nicht beobachtet. Es bleibt Parese der Beine, besonders rechts ausgesprochen, die bis zum 21. 3. so weit gehoben ist, dass der Pat., der vor der Erkrankung herumspringen konnte, wieder einige Schritte gehen kann. Vom 7—14. 3. bestand Obstipation. Der Stimmritzenkrampf dauerte, langsam abnehmend, vom 10—16. 3., um dann ganz zu sistieren. Der Verlauf der Masern war der gewöhnliche; am 19/20. 3. erkrankten

die beiden Geschwister des Pat. ebenfalls an Masern. Das Erythem am Körper verschwand erst mit der Abschilferung. Die Therapie bestand in der Bekämpfung der Bronchitis und in Verabreichung eines Decoct. cort. Chin.

Was die Aetiologie des Falles anbelangt, so hat wohl die Infectionskrankheit bei dem nervös veranlagten und rhachitisch afficierten Pat. die Tetanie zum Ausbruch veranlasst, welche leicht verlief und nichts zurückliess. Denn die Parese der unteren Extremitäten ist wohl auf Conto der Masern zu setzen. Das Erythem fasst Z. als toxisches auf, wie es im Prodromalstudium von Infectionskrankheiten hie und da beobachtet wird. Mit der Elimination der einwirkenden Giftstoffe und dem Verschwinden der Masern liess auch die gesetzte centrale Störung nach und die Tetanie verschwand.

---

213) **Leuch.** Eine sogenannte Chorea-Epidemie in der Schule.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 15.)

L. berichtet von einer eigentümlichen „Zitter"krankheit, die sich in 2 Klassen einer Züricher Volksschule epidemisch ausbreitete. Zuerst wurde eine Schülerin davon befallen, welche vorher eine Schule in Bern besucht hatte, wo dasselbe Leiden geherrscht haben soll. Von dieser ersten Schülerin breitete sich das „Zittern" auf die unmittelbaren Nachbarinnen aus, die das Zittern von nächster Nähe aus beobachteten, von diesen wieder auf die nächsten Schülerinnen u. s. w., also durchaus concentrisch. Die Handarbeitslehrerin der Klasse, eine schwächliche, nervöse Person, steckte ebenfalls an und übertrug ihrerseits die Affection auf eine 2. Klasse, in der sie auch Handarbeitsstunden erteilte. So kamen 26 Fälle in 2 Klassen des Schulhauses zustande, in dem noch weitere 10 Klassen sich befanden. Sie betrafen 1 erwachsene und 25 unerwachsene Personen, 25 weibliche und 1 männliches Individuum. Von den 31 Knaben und 36 Mädchen der einen Klasse erkrankten 16 Mädchen und von den 32 Knaben und 34 Mädchen der anderen 1 Knabe und 8 Mädchen; also ein erdrückendes Uebergewicht des weiblichen Geschlechts! 15 mal zitterten beide Arme, 11 mal nur der rechte Arm. Andere Körperteile blieben von dem Zittern frei. Dasselbe stellte sich meist während der Schulstunden, und zwar in der Regel im Schreib-, Rechnen- und Handarbeitsunterricht ein, nur ganz ausnahmsweise zu Hause, nie im Schlafe. Es trat ganz plötzlich auf — manchmal ging ein leichter, ziehender Schmerz im Handgelenk voraus, — und zwar sofort mit voller Kraft, um bald in seiner Intensität nachzulassen und allmählich ganz zu verschwinden. Die Dauer der Anfälle variierte von 1 Minute bis über 1 Stunde, auch bei demselben Individuum, die Frequenz schwankte von einem einzigen Anfall während 10 Tagen bis zu mehreren täglich. Die Grösse der Excursion der Zitterbewegungen war stets eine sehr kleine, auch während des Anfalls war z. B. Schreiben möglich, allerdings ziemlich mangelhaft, die Schreibarbeit beeinflusste die Intensität des Zitterns nicht; die Pat. schrieben oft die ersten Sätze ganz gut, plötzlich stellte sich das Zittern ein, durch das die Schrift in charakteristischer Weise beeinflusst wurde. Bewusstseinsstörungen, Alterationen der Psyche, Kopfschmerz, Schwindel und sonstige Symptome fehlten durch-

aus, das Allgemeinbefinden der Pat. war und blieb gut, von einem schlechten Ernährungszustand war nicht die Rede, das Fehlen von Chlorose wurde durch Blutuntersuchung constatiert. Bei mehreren Pat. konnte die Affection coupiert werden, wenn sie barsch angefahren wurden, die „Dummheit“ zu lassen.

Um was für ein Leiden handelte es sich? L. dachte zunächst an Chorea; aber da nichts von arhythmischen, uncoordinierten Muskelbewegungen, nichts von jener fortwährenden Muskelunruhe zu constatieren war, nie die Gesichtsmuskulatur beteiligt erschien, das Zittern durch Zusprechen beeinflusst werden konnte, war daran nicht zu denken, ebensowenig wie an Paralysis agitans, gegen die der epidemische Charakter, das jugendliche Alter der Pat., das anfallsweise Auftreten des Zitterns, das Fehlen der Muskelsteifigkeit und Muskelschwäche, das Fehlen des Zitterns im Schlafe sprachen. Simulation war sicher, wie verschiedene Umstände lehrten, nicht im Spiele. 5 Fälle wurden augenärztlich untersucht, bei 2 davon wurde bedeutende Einengung des Gesichtsfeldes gefunden. Schon dies führte auf die Diagnose „Hysterie“, für die schon das anfallsweise Auftreten von Zitterbewegungen ohne Störung der Coordination, die Beeinflussung durch Zureden, das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts gesprochen hatten. Letzteres incliniert ja bekanntlich besonders zu Hysterie, doch glaubt L., dass hier als prädisponierendes Moment noch ein anderer Factor in Betracht kommt, zumal Chlorose und schlechter Ernährungszustand fehlten: Ueberbürdung durch den Unterricht. Schon dem Lehrer war es aufgefallen, dass die ersten Morgenstunden anfallsärmer waren, als die späteren, wo die Kinder bereits übermüdet waren. Nun betrug die wöchentliche Stundenzahl für die Mädchen der erstergriffenen Klasse 27, für die der zweiten 32, während die Stundenzahl der Knaben nur 23 resp. 28 betrug. Diese 4 Stunden Differenz hält L. nicht für unwesentlich. Ausserdem wurden die Mädchen (9—11 Jahre alte!) ausserhalb der Schule vielfach durch Clavierunterricht in Anspruch genommen; eine Pat. erhielt sogar täglich 1 Stunde Clavier und 1 Stunde Unterricht im Verfertigen künstlicher Blumen, also 39 Stunden per Woche für ein 9jähriges Kind!

Für die Behandlung derartiger Zustände ergibt sich daraus schon ein wichtiges Moment prophylactischer Natur: man überanstrenge das Nervensystem der Kinder nicht übers Mass hinaus! Ist aber einmal die Krankheit ausgebrochen, so ist jedes erkrankte Kind sofort für mindestens 4 Wochen aus der Schule zu entfernen, ja, wenn es irgend geht, vollständig aus dem Ort, um jeden Verkehr der Kinder unter sich abzuschneiden. Kommt das Kind genesen wieder in die Schule, und zeigen sich wieder Anzeichen des Leidens, so ist sofortige abermalige Entfernung auf 4 Wochen dringend geboten u. s. w., bis jede Spur der Krankheit erloschen ist. Ferner ist alles zu vermeiden, was bei den Pat. den Glauben erwecken könnte, ihr Leiden sei interessant, weshalb auch nie vor der ganzen Klasse untersucht, gefragt u. s. w. werden sollte.

---

214) A. Eulenburg. Ueber einen schweren Fall infantiler familiärer Muskeldystrophie mit osteo-arthropathischen Deformationen.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1896 Nr. 29.)

E. stellte im Verein für innere Medicin (15. 4. 96) den 15jährigen Pat. vor, in dessen väterlicher Familie das Leiden heimisch ist; der Vater, im 42. Jahre an „Herzerweiterung" gestorben, hat nebst dreien seiner Geschwister daran gelitten; seiner Ehe mit der nicht blutsverwandten, noch lebenden, körperlich und geistig sehr rüstigen Frau entstammten 12 Kinder, von denen 7 gestorben sind; unter den Ueberlebenden ist der vorgestellte der zweitälteste; er hat 3 Brüder im Alter von 17, 12 und 8 Jahren und eine 10jährige Schwester, die sämtlich, allerdings nur leichtere, Andeutungen desselben Leidens bekunden.

An unserem Pat. findet man folgende Eigentümlichkeiten:

Kurzer, gedrungener, etwas unsymmetrischer Schädel, weit abstehende plumpe Ohren, verdickte und aufgetriebene Nasenknorpel, wulstig aufgeworfene, stark nach aussen gekehrte, die Mundspalte nicht völlig verschliessende Lippen. Die Lippenbewegungen geschehen sehr mangelhaft, Pat. kann den Mund nicht spitzen, nicht pfeifen u. s. w. Dies vermag auch keins von seinen Geschwistern, die übrigens sämtlich die nämliche Art der Lippenbildung und teilweise auch die übrigen, gleich zu erwähnenden Störungen im Facialisgebiete zeigen. Es handelt sich um angeborene oder wenigstens in erster Kindheit erworbene Schwäche des Orbicularis oris, und dieser entspricht weiter eine gleiche oder noch grössere Schwäche des Augenschliessmuskels; die Lidspalte bleibt beim Schliessen der Augen in einer Breite von mindestens 4 mm offen. Auch andere Muskeln im Gesicht sind insufficient, namentlich der Frontalis und Corrugator supercilii; der Pat. kann die Stirn nicht ordentlich runzeln, beim Versuch tritt als Mitbewegung eine kräftige Erhebung der Ohrmuschel auf.

Betrachtet man den Oberkörper von vorn, so findet man zunächst hochgradige, nicht völlig symmetrisch ausgeprägte Form- und Stellungsveränderungen des Halses, der Arme und oberen Rumpfabschnitte infolge intensiven und ausgebreiteten Schwundes der beiderseitigen Muskulatur des Oberarmschultergürtels. Beide Schultern, namentlich die rechte, sind stark nach vorn und aufwärts verzogen; der Kopf ist etwas der linken Schulter angenähert und mit der Kinnspitze leicht nach rechts gewendet, was in dem stärkeren Hervortreten des linken Sternocleidomastoideus seine Begründung findet, während von dem gleichnamigen Muskel der rechten Seite in der Ruhe nichts zu bemerken ist und nur bei tiefen Atemzügen ein ganz dünnes claviculares Bündelchen streifenartig hervortritt, das in seinem unteren Drittel von dem bei jeder Schluckbewegung deutlich vorspringenden, ebenfalls dünnen Omohyoideus gekreuzt wird. Der Cucullaris erscheint, von vorn her gesehen, rechts verhältnismässig stark, sein vorderer Rand plastisch vorschwellend, und die ganze rechte Halsseite im sagittalen Durchmesser eigentümlich zusammengeschnürt und verschmälert. Bei näherem Zusehen entdeckt man, dass hierzu ausser dem Muskelschwund auch Deformationem der am Schultergelenk beteiligten Skelettabschnitte beitragen, vor allem solche der Clavicula, die verdickt, erheblich verlängert und in ihrem acromialen Teile stark nach aussen und vorn zugleich nach abwärts gebogen ist, so dass ihr acromiales Ende bei herabhängendem Arm nicht in eine hinter dem sternalen, sondern davor belegene Frontalebene hineinfällt. Ebenso, nur nicht so ausgesprochen, auch links. Die ganze Länge der Clavicula beträgt beiderseits 15 cm (bei einem breitschultrigen Manne 14 cm). Acromion und Oberarmkopf sind der Betastung durchaus zugänglich. Beiderseits besteht starke Neigung zu Subluxationen; links kann man sogar bei herabhängendem Arm die Finger zwischen Cavitas glenoidea einbringen. Die Neigung zur Subluxation tritt beim Abducieren und Erheben des Arms besonders deutlich hervor; erhebt man, was der Kranke mittels seines Deltoideus allein activ nicht bewerkstelligen kann, den Arm passiv bis zur Hori-

zontale, so findet man den herabgeglittenen Oberarmkopf nach der Achselhöhle verschoben und gleichzeitig stark nach innen rotiert, dem Proc. coracoideus angepresst, unter dem Acromialteil der Clavicula. Der ganze Thorax erscheint, namentlich in seinen oberen Abschnitten, schmal und seitlich zusammengepresst, Sternum und obere Rippen auffällig verschmälert. Beide Thorax- und Beckenhälften etwas asymmetrisch, die linke Spina anter. super. weiter zurück und höher stehend.

Betrachtet man den Oberkörper von hinten her, so fällt der hochgradige Schwund eines grossen Teils der Schultergürtelmuskulatur nebst der dadurch bewirkten Deviation der Schulterblätter und Wirbelsäule sogleich in die Augen. Vor allem sind die mittleren und unteren Cucullarisbündel nahezu vollständig geschwunden. Die Scapulae, namentlich die rechte, sind dadurch fast jeder Fixierung beraubt, schlotternd; sie stehen bei herabhängenden Armen weit von der Wirbelsäule ab, der sie willkürlich nur wenig genähert werden können; ihr innerer Rand verläuft schräg von innen unten nach aussen oben; die rechte Scapula ist dabei stärker als die linke gehoben, nur bis zur 5. Rippe herabreichend, Winkel und innere Fläche flügelförmig weit vom Thorax abstehend. Es entspricht dies der sogenannten „Schaukelstellung" der Scapula, die durch Unthätigkeit der hauptsächlich fixierenden Muskeln (Cucullaris, Serratus, Latissimus) bedingt wird, bei noch teilweise erhaltenen einzelnen kleinen Scapula-Muskeln (Levator anguli, Rhomboidei). In der That sind hier Levator und Rhomboidei noch ziemlich gut erhalten und faradisch nachweisbar, während nebst den mittleren und unteren Cucullarisbündeln auch Serratus anter. und Latissimus bis auf wenige Reste geschwunden sind. Die Wirbelsäule zeigt im Cervical- und oberen Dorsalteil eine deutlich ausgesprochene Kyphose, der eine sehr hochgradig entwickelte Lordose der unteren Wirbelabschnitte entspricht; neben der Kyphose ist in der oberen Partie auch eine schwach scoliotische Ausbiegung mit nach links gerichteter Convexität, bis zum 6. Brustwirbel hinabreichend, an der Stelle der Dornfortsätze erkennbar. An den hinteren Halsmuskeln ist eine verhältnismässig sehr starke, fast als „pseudohypertrophisch" zu bezeichnende Entwickelung auffällig.

Was die eigentliche Armmuskulatur anbelangt, so erscheinen Supra- und Infraspinatus stark atrophisch, jedoch ist eine ziemlich gute Auswärtsrollung des Armes — durch den besser erhaltenen Teres minor? — activ zu vollziehen, während für gewöhnlich der Arm durch den Subscapularis mehr nach einwärts gerollt erscheint, womit Pronationsstellung der Hände verbunden ist. Sehr auffällig ist, wie Pat. die fehlende Wirkung der abducierenden und Hebemuskeln ergänzt oder ersetzt, indem er durch schleuderartige Bewegungen unter Anteilnahme grosser Gebiete der Rumpfmuskulatur und bei starker Rückstellung des Acromialteils der Clavicula und Scapula den Arm plötzlich bis zu horizontaler und weiter selbst bis zu verticaler Erhebung emporschnellt. Am Oberarm sind Biceps und Triceps, namentlich links, ziemlich schwach an Volumen und Leistung, während dagegen die Muskulatur der Vorderarme und Hände ganz unverändert erscheint, ja durch den Constrast fast den Eindruck der Pseudohypertrophie macht. (Dies Verhalten der distalen Gliedabschnitte im Gegensatz zu den proximalen ist bekanntlich für die als „Dystrophien" bezeichneten primären Myopathien — im Unterschiede von den zumeist an der kleinen Handmuskulatur beginnenden Störungen bei spinaler progressiver Amyotrophie — geradezu pathognomonisch.)

Die Hände des Pat. sind livid bläulich verfärbt, es fallen ausserdem die etwas teigige Hautbeschaffenheit mit dabei meist heissen, stark schwitzenden Handtellern und die fast an Acromegalie gemahnenden Grössenverhältnisse auf. Es scheint sich allerdings dabei zum Teil um eine leichte Dickenzunahme der Knochen, auch in der Diaphyse, namentlich der Metacarpi und basalen Fingerphalangen, noch mehr aber um eine hypertrophische Entwickelung der Gelenkenden zu handeln.

An den unteren Gliedmassen bemerkt man ebenfalls ziemlich beträchtliche Abmagerung und entsprechende Functionsstörung eines grossen Teiles der Becken- und Oberschenkelmuskulatur, wodurch die locomotorischen Actionen sehr gestört werden. Die Atrophie betrifft vorzugsweise die Streckmuskeln der Hüft- und Kniegelenke bei relativem Verschontsein der Beugemuskeln. Pat. geht also schwerfällig und unsicher, er stolpert und fällt beim kleinsten Hindernis und lässt beim Vorwärtsschreiten die durch Anstrengung

der Beugemuskeln gehobenen Beine mehr mechanisch herabfallen, als dass er sie activ streckt; noch mehr tritt die Functionsstörung beim Steigen hervor, besonders beim Herabsteigen, z. B. von einem Stuhl, wobei die Zuhülfenahme der Hände und das Aufstützen mit denselben in der Gegend der Kniegelenke erforderlich wird. Noch schwieriger gestaltet sich das Aufrichten des Pat. aus sitzender oder liegender Stellung, namentlich aus horizontaler Rückenlage, wobei er sich zunächst in ganze oder wenigstens halbe Bauchlage (Seitenlage) herumwirft und dann durch Aufstemmen der Arme am Boden sich in die halbknieende Lage bringt oder mittels der in der Kniegegend fixierten Hände unter gewaltiger Anstrengung der gesamten Rumpfmuskulatur langsam in die Höhe arbeitet. Die Muskulatur der Unterschenkel und vor allem der Wade bietet dagegen das Bild praller Spannung und ziemlich voluminöser Entwicklung dar. Die Füsse sind bläulich-livid verfärbt und auffallend gross.

An den atrophischen Muskeln nirgends fibrilläre Zuckungen, keine Entartungsreaction; faradische und galvanische Muskelreizbarkeit zeigen in den afficierten Muskelgebieten lediglich einfache, dem verminderten Muskelvolumen im allgemeinen parallel gehende quantitative Herabsetzungen. Kniephänomene, entsprechend dem Schwund des Quadriceps nicht nachweisbar, Hautreflexe normal; auffällig ist die an manchen Hautstellen, namentlich am Thorax wahrnehmbare verstärkte Geneigtheit zu vasomotorischen Reflexen.

Besonders interessant an dem Falle ist die Verbindung der schweren Muskeldystrophie mit osteo-arthropathischen Deformationen. E. nimmt an, dass neben der ursprünglichen Veranlagung zu Ernährungsstörungen des Muskelsystems auch eine solche zu Ernährungsstörungen der Knochen gleichzeitig bestand und dass dem Vorkommen von pseudohypertrophischer Volumszunahme an einzelnen Muskeln auch eine Neigung zu Volumszunahme an einzelnen Abschnitten des Knochensystems parallel ging.

In therapeutischer Hinsicht betrachtet E. selbst solche Fälle nicht als gänzlich hoffnungslos. Allerdings bedarf es einer recht complicierten und mühseligen, sehr lange fortgesetzten Behandlung, wobei je nach der Lage des Falles neben den allgemeinen Stärkungs- und Kräftigungsmitteln bald localisierte kinesiotherapeutische und electrische, bald auch orthopädisch-mechanische Hülfsmittel herangezogen werden müssen. Immer ist es Hauptaufgabe, nicht nur die noch erhaltenen Substanzreste der afficierten Muskeln möglichst zu kräftigen und vor neuen Schädigungen zu behüten, sondern überdies auch für mehr oder weniger ausreichenden Ersatz der herabgesetzten oder ausfallenden Muskelactionen durch vicariierende Functionsübernahme von seiten anderer Teile des Muskelsystems Sorge zu tragen. In dieser Hinsicht lässt sich durch methodische Uebung oft Ausserordentliches erreichen! Man denke ferner daran, dass der Process nur in gewissem Umfange „progressiv" ist, dass er meist früher oder später stillsteht. E. behandelte z. B. jahrelang 2 äusserst schwere Fälle von juveniler Dystrophie; der eine Pat. ist jetzt als Landwirt in hervorragender Stellung thätig, der andere hat es durch zähe Ausdauer sogar dahin gebracht, seinem sehnlichsten Wunsche gemäss Officier zu werden. Der oben geschilderte Fall ist ja erst wenige Wochen in Behandlung, doch lässt sich bereits ein leichteres Vonstattengehen gewisser Bewegungen, namentlich im Bereiche der mimischen Antlitz- und der Schultermuskeln, beobachten.

---

215) **O. Medin.** Ueber infantile Paralyse mit besonderer Berücksichtigung ihres acuten Stadiums.

(Nord. med. arkiv. 1896 No. 1. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 35.)

M. hat 71 Fälle beobachtet, 7 sporadische, 43 in einer, 21 in einer anderen Epidemie (beide fielen in den Spätsommer und Beginn des Herbstes.) Er kann die Strümpell'sche Ansicht, dass die infantile Neuritis, Poliomyelitis und acute Encephalitis einer ätiologischen Einheit ihre Existenz verdanken, nur vollauf bestätigen: Das gleichzeitige Auftreten in einer sonst sehr guten Gesundheitsperiode und die wesentlichen Uebereinstimmungen des acuten Beginnes sprechen deutlich dafür. $^2/_3$ seiner Fälle boten das gewöhnliche Bild der infantilen, spinalen Paralyse, die anderen waren Fälle von Polyneuritis, Ataxie, Facialis- und Abducenslähmungen, die sich an das bekannte acute, soporöse Prodromalstadium anschlossen. Besonders wichtig ist der Nachweis, dass auch die Nerven des Gehirns von der acuten, infantilen Paralyse befallen werden können; M. hat dies 8mal beobachtet. In einem obducierten Falle konnten dieselben Veränderungen in den Vorderhörnern der Medulla wie im Facialiskern gefunden werden.

---

216) **J. K. A. Wertheim-Salomonson.** Een diagnostisch hulpmiddel bij het herkennen der cerebrale Kinderverlammingen.

(Niederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1895 II. No. 26. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 35.)

Oppenheim hat auf die passiv freie Beweglichkeit der Finger, welche in den Metacarpophalangealgelenken manchmal bis zum rechten Winkel überstreckt werden können, aufmerksam gemacht. W. hat dieses Symptom als diagnostisches Hülfsmittel bei der Unterscheidung der cerebralen Kinderlähmungen von den spinalen Affectionen schätzen gelernt. Die Hyperextensibilität in den kleinen Gelenken der gelähmten Extremitäten fand er ziemlich constant bei der Monoplegie und Hemiplegie cerebralen Ursprungs, während dieselbe bei der Poliomyelitis anter. acuta in der Regel fehlte. Unter Umständen wird diese Erscheinung zwar durch Flexionscontractur verdeckt, aber nicht aufgehoben; wenn man z. B. die Hand passiv geöffnet hat, so gelingt das Hervorbringen der Hyperextension sehr leicht. Dieselbe wurde von W. ebenso an den Interphalangeal- wie an den Metacarpophalangealgelenken beobachtet, am intensivsten am Ring- und 5. Finger. Die Gelenke der erkrankten Extremität können bei den nicht vollständig frischen Lähmungen immer bedeutend stärker hyperextendiert werden, als diejenigen der normalen Teile.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

42) **Somatose im Säuglingsalter und bei Verdauungsstörungen älterer Kinder** wurde, wie Dr. H. Wolf mitteilt, auf der Monti'schen Kinderabteilung der Allgem. Poliklinik in Wien in 50 Fällen angewendet, darunter ausschliesslich bei 35 (15 Säuglingen mit Dyspepsie, 15 mit Atrophia ex Dyspepsila chronica, 5 älteren

Kindern mit Verdauungsstörungen). Kindern unter 1 Jahr wurden bis zu 4 gr, älteren bis 8 gr pro die gegeben. In beinahe allen Fällen war darauf andauernde Körpergewichtszunahme zu constatieren, vorhandene dyspeptische Beschwerden, die Unruhe hörten auf, die Stühle nahmen normale Farbe und Consistenz an, die Anämie schwand. Autor fasst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Durch Zusatz von Somatose wird die Kuhmilch leichter verdaulich.
2. Werden durch Verabreichung der Somatose leichtere Dyspepsien im Säuglingsalter günstig beeinflusst.
3. Die Somatosemilch wird von den atrophischen Kindern gut vertragen.
4. Erzielt man durch Anwendung der Somatose bei Functionsstörungen der Verdauungsorgane älterer Kinder gute Erfolge.

(Wiener allgem. medic. Ztg. 1896 No. 26—30.)

43) **Darf eine mit Albuminurie behaftete Mutter ihr Kind stillen?** Es ist bekannt, dass Frauen mit Albuminurie während der Schwangerschaft häufig schwächliche Kinder gebären, welche der Muttermilch durchaus bedürfen. Auf der anderen Seite ist aber die absolute Milchdiät für eine Frau, welche ein Kind zu stillen hat, eine schmale Kost, sodass es auch durchaus begreiflich erscheint, dass die meisten Aerzte die oben gestellte Frage bisher verneinend beantwortet haben. Nach Pinard ist jedoch diese Ansicht nicht gerechtfertigt, und in seiner Anstalt lässt er Mütter mit Albuminurie bei ausschliesslicher Milchdiät ihre Kinder selbst stillen. Die von Gamulin zusammengestellten Erfahrungen Pinard's umfassen ein Material von 158 Fällen, aus welchem hervorgeht, dass einerseits die Kinder gedeihen und an Gewicht zunehmen und zwar im gleichen Verhältnis wie andere Säuglinge, dass andererseits das Stillen für die Mutter ohne jeden Nachteil, sei es in Bezug auf den Zustand der Nieren, sei es in Bezug auf die allgemeine Gesundheit, ist.

(Revue internat. de méd. et chir. 1896 No. 15. — Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896 No. 17.)

44) **Emmerich-Scholl'sches Krebsserum und Formol bei einem Glioma retinae eines Kindes** angewandt hat Nieder (Bochum), wie er auf dem letzten ophthalmolog. Congress in Heidelberg (5.—8. 8. 96) mitteilte. Das Gliom hatte schon den Opticus ergriffen; Auge und Sehnerv wurden operativ entfernt. Nach 6 Wochen begann ein Recidiv, das bald die ganze Augenhöhle ausfüllte. Eine Operation erschien aussichtslos. Autor injicierte nun innerhalb 4 Wochen 14mal das Serum, anfangs in die Peripherie, später in die Geschwulstmasse selbst. Nach der 10. Injection zeigte sich das Wachstum stürmischer als zuvor. Die Oberfläche der Geschwulst erschien verjaucht und verbreitete schrecklichen Geruch. Da erwiesen sich Umschläge mit 2%iger Formollösung als ausserordentlich wirksam; an der Oberfläche trat Gangrän ein und das Wachstum ging eclatant zurück. Autor glaubt, dass mit der Formolbehandlung unter Umständen das Leben solcher Pat. längere Zeit erhalten werden kann.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 36.)

45) **Eine Haarnadel in der Urethra eines 14jährigen Knaben** konnte Schreiber (Berlin) sehr anschaulich durch Röntgen-Strahlen wiedergeben. Wahrscheinlich kam der Fremdkörper, der mit seinem convexen Teil eindrang, beim Masturbieren in die Urethra, bei der Erection plötzlich dem Knaben entgleitend. Dermatolog. Zeitschrift 1896, Bd. III. Heft 3.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

20) **Max Stooss.** Mitteilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde.
Bern 1896, Commissionsverlag von Schmid, Franke & Co.

Wir sind gewohnt, die aus dem Jenner'schen Kinderspital stammenden Jahresberichte als schätzenswerte Bereicherungen unserer pädiatrischen Litteratur zu betrachten, da man in ihnen stets interessante Krankheitsfälle und wissenschaftliche Mitteilungen von hoher Bedeutung zu finden pflegt. Auch der uns heut vorliegende 30. Bericht des Jahres 1895 enthält ausser der üblichen tabellarischen Uebersicht des Spitalkrankenstandes und der Rechnungsablegung eine



Fülle von interessantem wissenschaftlichem Material aus der Feder des dirigierenden Arztes Dr. Stooss, aus dem man ersieht, wie zielgemäss und rationell im Jenner-Spital gearbeitet wird. Den Inhalt dieses Teiles des Berichtes bilden 7 Beiträge: 1. Beobachtungen über Ernährung der Säuglinge (fabrikmässige Sterilisation der Milch. — Gärtner'sche Fettmilch). 2. Zwei Fälle von angeborenem Afterverschluss. 3. Der Diplo-Streptococcus der Stomatitis aphthosa. 4. Ein Fall von Pneumococcen-Arthritis. 5. Mitteilungen über Diphtherie (Schwierigkeit der klinischen Diagnose. — Primäre Diphtherien der Nase, des Mundes und der Vulva. Serumbehandlung). 6. Pleuraempyem: Delorme'sche Operation. 7. Luxation des sternalen Endes der Clavicula.

21) **Emil Pfeiffer.** Verhandlungen der 12. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Wiesbaden 1896, J. F. Bergmann.

Das 222 Seiten starke Buch enthält alle Vorträge, welche gelegentlich der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck 1895 gehalten wurden, samt den Discussionen, die sich an dieselben knüpften, also R. Fischl: „Ueber Schutzkörper im Blute des Neugeborenen; das Verhalten des Blutserums des Neugeborenen gegen Diphtheriebacillen und Diphtheriegift", H. Neumann: „Ernährungsweise und Infectionskrankheiten im Säuglingsalter", Meinert: „Die hygienische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten im Kindesalter", Heubner: „Ueber die Erfolge der Heilserumbehandlung bei der Diphtherie", Soltmann: „Ueber die Erfolge mit dem Diphtherieheilserum", H. v. Ranke: Zur Serumtherapie, insonderheit über die Wirkung des Behring'schen Serums bei der sogen. septischen Diphtherie", J. Bokai: „Die Dauer der Intubation bei geheilten Diphtheriekranken vor der Serumbehandlung und jetzt", J. Ritter: „Tierdiphtherie und ansteckende Halsbräune", L. Bernhard: „Beitrag zur Lehre von den acuten Infectionskrankheiten im Kindesalter", Pott: „Ueber die Entstehung und Behandlung des chronischen Hydrocephalus", E. Mey: „Eine Studie über das Verhalten der Rhachitis in Riga", Biedert: „Ueber einige Probleme der Milchwirtschaft und Milchverwendung nebst neuen Analysen von Kamerer-Söldner", Backhaus: „Ueber Herstellung von Kindermilch", Carstens: „Weitere Erfahrungen über die Ausnutzung des Mehls im Darme junger Säuglinge", Dornblüth: „Turnen und Turnspiele der Mädchen", Hochsinger: „Ueber Lebererkrankungen hereditär-syphilitischer Säuglinge", Gutzmann: „Ueber Hemmungen der Sprachentwicklung", Emmerich: „Ueber Alcoholmissbrauch im Kindesalter", Schlossmann: „Ueber Influenza im Kindesalter", Falkenheim: „Weitere Mitteilungen über Vaccination und Nephritis", Galatti: „Ueber Narbenstricturen nach Intubation".

22) **E. Kraepelin.** Psychiatrie.

1896 Leipzig, Joh. Ambros. Barth. (Preis: Mk. 18, gbd. Mk. 19.)

Kraepelin's berühmtem Werk nochmals empfehlende Worte zu widmen, hiesse Eulen nach Athen tragen; die Vorzüge dieses Buches sind zu bekannt, als dass man sie an dieser Stelle hervorheben müsste. Es genügt die Anzeige, dass die 5. Auflage erschienen ist, die als vollständige Umarbeitung angesehen werden muss. Der Verfasser hat das Material nach modernen Gesichtspunkten geordnet und dadurch den Wert seines Buches noch mehr erhöht. Die speciell den Kinderarzt interessierenden Kapitel, deren es ja zahlreiche gibt, — wir erwähnen nur die Kinderpsychosen, das ätiologische Moment der Erziehung in Bezug auf das Irresein, den Cretinismus und die Idiotie — sind mit gewohnter Meisterschaft geschrieben. 10 Lichtdrucktafeln, 13 Curven und 13 Schriftproben rücken einzelne Darstellungen dem Verständnisse noch näher, als dies bereits durch die klare und präcise Schilderung geschehen ist. Das wissenschaftlich überaus bedeutende Werk wird gewiss auch in der Bibliothek jedes Pädiaters einen Ehrenplatz einnehmen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.) Naumburg a. S.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Mark. Der I. Jahrgang von 9 Heften kostet M. 4.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

I. Jahrgang. **1. Dezember 1896.** No. 9.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

12) Beitrag zum Füllen der Milchzähne.

Von

P. Ritter, Zahnarzt

in Berlin.

Häufig wohl ist der practische Arzt vor die Frage gestellt, ob er in seiner Praxis zum Füllen der Milchzähne raten soll; die Frage ist auch nur mit einer gewissen Einschränkung zu bejahen, weil es unbedingt wichtiger ist, das Kind erst dann mit regelmässigen

zahnärztlichen Untersuchungen überwachen zu lassen, wenn der Wechsel der Milchzähne in Aussicht steht, und ein Verständnis bei dem Kinde schon zu erwarten ist; — ich pflege gewöhnlich anzuraten, Kinder mit Beginn des 6. Lebensjahres zu $^1/_4$ jährlichen Untersuchungen zu bringen, in der Voraussetzung, dass mit dem 3. Lebensjahre bereits den Kindern mit einer weichen Zahnbürste und einem milden Zahnpulver, die Zähne einmal täglich gereinigt werden. — Wo ich eine rationelle Zahn- und Mundpflege allerdings nicht voraussetzen kann, z. B. bei meiner Thätigkeit als Waisenhaus-Zahnarzt, lasse ich die Kleinen schon vom 4. Lebensjahre an zu regelmässigen Untersuchungen kommen. Bei einer sorgsamen Zahn- und Mundpflege kommt es verhältnismässig selten vor, dass ein Kind unter 5 Jahren über Zahnschmerzen klagt; tritt dieser Fall aber ein, dann ist meistens die Pulpa entzündet, und eine zahnärztliche Behandlung durch Abätzen derselben mit nachhaltiger Behandlung und Füllung, weil umständlich und schmerzhaft, nur bei ganz intelligenten Kindern vorzunehmen. Daher bin ich in vielen Fällen für die Extraction des betreffenden Zahnes, — denn wenn ich auch zugebe, dass bei der ungeheuren Wichtigkeit gesunder Milchzähne und ihrer Umgebung auch für die bleibenden Zähne eine Füllung jedes cariösen Milchzahnes zu empfehlen ist, wie z. B. Miller befürwortet, der bereits vom 2. Lebensjahre an die Kleinen ans Füllen der Zähne gewöhnt, dabei aber einräumt, dass hier an die Geduld und Zeit, sowie an die Gewissenhaftigkeit des Zahnarztes grosse Anforderungen gestellt werden, so liegt es auf der Hand, dass für weniger Bemittelte dieser Weg auf die Dauer zu kostspielig wäre.

Anders liegt die Sache vom vollendeten 5. Lebensjahre an; — dann ist es mit einiger Ueberredungskunst wohl möglich, die cariösen Höhlen zu beseitigen, und zwar bin ich mit Sachs (Breslau) und anderen Zahnärzten der Meinung, dass man Milchzähne, deren Erhaltung man doch nur für eine beschränkte Zeit (11.—12. Lebensjahr) anstrebt, nicht mit Gold ausfüllt, da für diese Guttapercha, Cemente und Amalgame (letztere mit Vorsicht und nur für kleine Cavitäten) vollkommen ausreichen. — Ich kann es übrigens nach meinen Erfahrungen nicht für einen Fehler betrachten, wenn man, bei sonst genügender Zahn- und Mundpflege, von dem Füllen der Milchzähne Abstand nimmt; — jedenfalls sollte nicht jeder Milchzahn gefüllt, sondern erst reiflich erwogen werden, ob nach dem Gesetze des Durchbruches der bleibenden Zähne nicht etwa nur für wenige Monate noch eine Operation vorgenommen wird, welche die Kinder meistens doch nervös erregt und unter Umständen spätere zahnärztliche Behandlungen erschwert. —

In den Fällen, in denen ich mich bei Kindern unter 5 Jahren in eine Behandlung der Pulpitis eingelassen habe, bin ich mit Einlagen von reiner Carbolsäure sehr gut ansgekommen. Besonders häufig werden die Milch-Backenzähne, und zwar an den Approximalflächen, von Caries befallen und ist dann die Ausfüllung schwieriger, als wenn Kauflächen-Caries vorliegt. Eine besondere Beachtung ist dem ersten bleibenden Molaren zu schenken, welcher um das 6. Lebensjahr herum — meist zuerst im Unterkiefer — hervorbricht und oft fälschlich für einen Milchzahn gehalten und nicht rechtzeitig plombiert wird; — gerade dieser Zahn wird häufig sehr schnell cariös, und rate ich, falls er nicht rechtzeitig gefüllt wird, lieber

zur Extraction, weil bei blossliegender Pulpa die Behandlung eine unsichere, und gerade hier die Gefahr chronischer Lymphdrüsen-Schwellungen vorhanden ist; — ausserdem raten viele Autoren bei Verdacht auf Raummangel zur frühzeitigen Extraction dieses Zahnes, selbst bei geringer Caries. —

II. Referate.

217) **Brindeau.** Parotitis, verursacht durch Saccharomyces albicans.

(Gaz. méd. de Paris 1896 No. 18. — Centralblatt f. Gynäcologie 1896 No. 35.)

Ein neugeborenes Kind bekam 10 Tage nach der Geburt Parotitis, und eine Punction förderte den Saccharomyces albicans in Reincultur zu Tage; im Munde des Kindes fand man Staphylokokkus albus. 4 Tage später wurde die Parotitis incidiert; der Eiter enthielt Staphylokokken. 2 weitere Tage danach zeigte sich Arthritis im Knie- und Schultergelenk. Schliesslich erkrankten nach und nach alle Gelenke, und innerhalb 14 Tagen wurden 30 Abscesse geöffnet, die alle Staphylokokken enthielten; letztere fanden sich auch im Blut. Das Kind starb nach 6 Wochen und, bei der Section fand man einen colossalen Abscess, der vom 3. Cervicalwirbel ausging; Leber und Nieren waren amyloid entartet.

---

218) **A. Givel.** Ein congenitaler Zahnfleischtumor.

(Revue médic. de la Suisse Romande, März-April 1896. — Wiener klin. Rundschau 1896 Nr. 31.)

G. exstirpierte einem Neugeborenen einen ungefähr in der Mitte des Unterkiefers sitzenden, schleimhautüberzogenen, glatten, derbelastischen Tumor von $1^1/_2$ cm Länge, ca. 1 cm Breite, der das Saugen unmöglich machte. Die microscopische Untersuchung ergab: Granulom oder Sarcom in den ersten Stadien der Entwickelung.

Interessanterweise brach 3 Tage nach der Abtragung des Tumors ein Zahn an der ehemaligen Implantationsstelle durch, der, leicht entfernt, später durch einen anderen ersetzt wurde.

Recidive blieben bisher (6 Jahre post. operat.) aus.

---

219) **G. Besold.** Ueber 2 Fälle von Gehirntumor (Haemangiosarcom oder sogen. Peritheliom in der Gegend des 3. Ventrikels) bei 2 Geschwistern.

(Aus der medic. Klinik in Erlangen.)

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde Bd. 8, Heft 1—2.)

Die Pat. standen im Alter von 11, resp. 16 Jahren, als das in beiden Fällen vollkommen gleiche Krankheitsbild sich entwickelte. Bei der Section fand sich bei beiden die histologisch gleichartige Geschwulstbildung.

---

220) **A. Baginsky.** Ein Fall von Schädelfractur.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 59.)

Ein 3jähriger Knabe war, wie B. gelegentlich der Demonstration des Präparats im Verein für innere Medicin in Berlin (13. 7. 96) berichtete, am Treppengeländer heruntergeglitten, hatte sich überschlagen und war auf den Kopf gestürzt. Sofort trat Blutung aus Nase und Mund ein, dann blieb der Knabe 11 Tage lang wohl, abgesehen von etwas Kopfschmerzen und, in den letzten Tagen, zeitweisem Erbrechen. Am 11. Tage plötzlich Bewusstlosigkeit. Pat. wurde so ins Krankenhaus gebracht, wo man eine Art Lähmung der Extremitäten und eigentümliche tiefe Atmung constatierte. An demselben Tage erfolgte der Exitus. An der Stirn und auf der Kopfschwarte waren blutige Stellen gefunden, eine Schädelfractur aber nicht entdeckt worden, dagegen war die vermutete Meningitis durch die Lumbalpunction bestätigt worden, welche eitrige Flüssigkeit ergeben hatte. Bei der Autopsie fand sich nun eine Schädelfractur vor, die vom Os frontalis links begann, durch die linke Orbita ging und sich durch die Schädelbasis nach dem rechten Keilbein fortsetzte; an dieser Seite waren die hintere und mittlere Schädelgrube mit Blut angefüllt. In der Punctionsflüssigkeit sah man neben Staphylo- und Streptokokken auch Fränkel'sche Diplokokken. Das Gehirn zeigte ausgedehnten Eiterbelag und war in grossem Umfang in seiner Struktur zertrümmert.

B. empfiehlt als bestes Verhütungsmittel gegen das so gefährliche Heruntergleiten der Kinder an den Treppengeländern das Anbringen von Knöpfen an letzteren, wie es in Communalschulen geschieht.

---

221) **H. Steudel.** Zur Behandlung einfacher Schädeldepressionen beim Säugling.

(New-Yorker med. Wochenschrift 1896 No. 9. — Wiener medic. Wochenschrift 1896 Nr. 42.)

Auf dem rechten Scheitelbein eines 2 Monate alten Knaben fand sich nach einem Trauma eine 5 cm lange, $2^1/_2$ cm breite und $2^1/_2$ cm tiefe Depression, etwas hinter dem Tuber parietale und parallel dem rechten Schenkel der Lambdanaht verlaufend.

Gehirnsymptome waren nicht vorhanden, auf fallend war nur der ziemlich frequente Puls (140). Ein Trichter von $5^1/_4$ cm Durchmesser, der mit dem Potain'schen Topfe verbunden wurde, überragte gerade die Grenzen der Depression. Beim Auspumpen wölbte sich die Haut mächtig vor, und beim 4. Ausziehen des Stempels sprang mit lautem Schnappen der Knochen an seinen Platz. Die Haut nahm sofort nach Abnahme des Apparates ihre natürliche Farbe wieder an; eine Suggilation wie beim Schröpfkopf trat nicht auf. Folgeerscheinungen fehlten.

Zweifellos kann unter günstigen Verhältnissen und ohne dass es zunächst zu bedrohlichen Erscheinungen kommt, eine Restitutio ad integrum eintreten, aber in einer grossen Anzahl der Fälle bleiben die Depressionen nicht nur bestehen, sondern auch, wo anfänglich

Lähmungen, Convulsionen etc. fehlten, können solche erst nach längerer Zeit hinzutreten und event. zum Tode führen. Wir haben alle Ursache, dieser Affection zu misstrauen und sie wie eine Fractur zu behandeln, d. h. möglichst bald zu reponieren, und hier kann also die Luftpumpe gute Dienste leisten.

---

222) **Haun.** Verband von Oberschenkelfracturen, besonders bei Kindern der ersten Lebensjahre.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1896 No. 16.)

Der Gypsverband ist für solche Kinder zu schwer und doch sehr bald durchweicht, Streckverband meist unmöglich, da das Kind dabei schwer rein zu halten und zu ernähren ist, bei Schienenverbänden ist ständige ärztliche Aufsicht erforderlich, die z. B. auf dem Lande meist fehlt. Der combinierte Leim- und Schienenverband H.'s ist frei von diesen Mängeln und besitzt zudem noch den Vorteil, dass der Arzt dazu kein Material bei sich zu tragen braucht, sondern die dazu nötigen Dinge, alte Leinwand, Tischlerleim und einige 10—12 mm breite und 1—$1^1/_2$ mm dicke, alte, eiserne Reifen von Fässern überall findet.

Ein dünner, mit der Hand leicht biegsamer Fassreifen lässt sich unschwer der Configuration des Leibesumfanges zwischen Darmbeinschaufelrand und Rippenbogenrand anpassen. Durch die beiden Enden schlägt man je ein Loch, um den Reifen später schliessen zu können. An den Reifen wird nun eine Schiene von demselben Material genietet für die Vorderseite des Beins, nachdem dieselbe erst genau den Formen desselben adaptiert ist. Dann wird, ebenfalls von dünnem Fassreifen, eine Schiene für die Rückseite des Beins zurechtgebogen und an dem um den Leib zu legenden Reifen ebenfalls festgenietet, so dass sie, über das Gesäss verlaufend, in der Mitte der Rückseite des Beins herabzieht. Nachdem dies vorbereitet, wird zunächst der Leimverband (ca. 4 cm breite und 30—50 cm lange Streifen alter, gröbster Leinwand, sowie dickgekochter Tischlerleim) in dünner Schicht angelegt, und zwar vom (gepolsterten) Rippenbogenrand bis (einschliesslich) zum Fuss. Das Gesäss wird handbreit vom Anus freigelassen, so dass der über das Gesäss verlaufende Teil der Hinterbeinschiene an dieser Stelle keine Unterlage von Leimverband bekommt. Dafür wird die Aussenseite des Leimverbandes und besonders die Partie über der Schenkelbeuge verstärkt. Alsdann wird die Schiene um Bein und Leib angelegt. Der Reifen wird straff um den Leib angezogen und mit durch die in den Enden befindlichen Oeffnungen gezogenem Draht befestigt. Die Vorder- und Hinterbeinschienen müssen natürlich ihre entsprechende Lage auf der Mitte der Vorder- resp. Hinterseite des Beins eingenommen haben. Nun werden diese Schienen mit der 2. Leinenverbandschicht fixiert.

Ist der Verband angelegt, so muss das Bein in richtiger Lage und Extension so lange fixiert bleiben, bis der Leimverband hart geworden ist, was in ca. 24 Stunden der Fall ist. Die Extension erfolgt mit Gewichten, die etwa doppelt so schwer als sonst genommen werden, da ja auch der Verband mit extendiert wird. Die Unterlage des Kindes muss während der Dauer der Extension häufig gewechselt werden, weil sonst der nasse Verband nicht erhärtet.

Nach 24 Stunden wird die Extension weggelassen, das Kind kann herumgetragen werden. Fleissiges Reinhalten ist natürlich auch jetzt geboten, da sonst Teile des Verbandes aufweichen; ein geringes Aufweichen schadet aber nicht, da die Eisenteile genügend für Erhaltung der Fixation sorgen. Sind Knöchel, Ferse u. s. w. gut gepolstert, so kann der Verband während der ganzen Heilungsdauer liegen bleiben.

Bei über 6 Jahre alten Kindern hatte H. noch keine Gelegenheit, den Verband anzuwenden, zweifellos ist derselbe aber auch für ältere Kinder brauchbar.

---

223) **Mikulicz.** Weitere Erfahrungen über die unblutige Reposition der angeborenen Hüftverenkung.

(Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 31.)

Auf dem 25. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (27—30. Mai 1896) spricht M. über das wichtige Thema. M. wendet sich zunächst gegen Lorenz, der seine Methode der unblutigen Reposition (s. Centralbl. f. Kinderheilk. S. 23) „functionelle Belastungsmethode“ nennt, als ob ein principieller Gegensatz zu allen anderen unblutigen Verfahren hier vorläge. Das sei aber nicht der Fall, auch die Schede'sche und seine eigene Methode könne man so nennen, da der Unterschied nur darin bestehe, dass Lorenz in der Narcose unter bedeutender Gewaltanwendung den Schenkelkopf in die Pfanne zu bringen sucht, während Schede und er dies in schonender Weise durch allmählig wirkende Apparate zu erzielen suchen. Seine Methode bestehe im wesentlichen darin, dass durch einen Lagerungsapparat das luxierte Bein in extendierter, abducierter und nach aussen rotierter Stellung fixiert wird. Durch diese Stellung werde der luxierte Schenkelkopf allmählich bis an den Pfanneneingang gedrängt und, sobald die bestehenden Widerstände aufgehoben sind, in die Pfanne reponiert. Die Kinder liegen täglich nur 8—10 Stunden im Apparat, sie verbringen den ganzen oder wenigstens den grössten Teil dieser Zeit des Nachts schlafend darin. Den Rest der Zeit, namentlich am Tage, bewegen sie sich frei umher. Bei Kindern bis zum Ende des 2. Lebensjahres genügt in der Regel der Apparat allein, eine vollständige Heilung zu erzielen, und M. stellt 3 in dieser Weise wegen einseitiger Luxation behandelte Kinder im Alter von 4—4½ Jahren vor, die vortreffliche Resultate aufweisen: ihr Gang ist absolut normal, nicht die geringste Asymmetrie verrät den Sitz resp. die Seite des früheren Leidens, der Schenkelkopf sitzt fest in der Pfanne, das Gelenk ist in normalem Umfang beweglich, und auch eine genaue Untersuchung lässt kaum einen Unterschied zwischen rechts und links erkennen. Die Kinder waren im Alter von 4, 13 und 24 Monaten in Behandlung gekommen; die Behandlungsdauer betrug 8—12 Monate. Bei älteren Kindern, die sich schon den wackligen Gang angewöhnt haben, muss mit dem Lagerungsapparat noch eine orthopädische Behandlung combiniert werden. Die Schwankungen des Beckens und Rumpfes werden durch ein bis an die Trochanteren reichendes leichtes Filzmieder verhindert; die atrophischen und beim Gehen häufig ganz ausser Function gesetzten Glutäen werden durch Massage und Gym-

nastik (bezw. Abductionsbewegungen) gekräftigt. Die bestehende Verkürzung des Beins darf im Anfang, solange der Kopf noch nicht sicher fixiert ist, nicht ausgeglichen werden; sie wird sogar unter Umständen durch Erhöhung des Absatzes auf der gesunden Seite gesteigert, um das kranke Bein auch während des Gehens in die Abductionslage zu zwingen; denn in dieser Lage ist der Schenkelkopf bei ungenügender Entwicklung der Pfanne sicherer fixiert, als bei indifferenter Strecklage. Selbstverständlich dauert die Behandlung bei älteren Kindern mit secundären, namentlich functionellen Veränderungen länger, als bei jüngeren, die noch gar nicht oder wenig gegangen sind. Der Kopf kann schon in der Pfanne auch bei indifferenter Strecklage gut fixiert sein, und trotzdem gehen die Kinder, ihrer früheren Gewohnheit gemäss, noch hinkend. In diesem Falle kann der Apparat fortgelassen werden, während die orthopädische Behandlung noch 1—2 Jahre fortgesetzt werden muss.

M. hat bisher 18 Fälle von einseitiger Luxation mit Erfolg so behandelt. 8mal traten ganz normale Verhältnisse ein, wie bei den vorgestellten Pat.; die Kinder traten in Behandlung im Alter von 4 Monaten bis 4 $^1/_2$ Jahren. 10mal ist der Schenkelkopf in der Pfanne sicher fixiert, also anatomische Heilung erzielt, aber noch keine vollkommene functionelle; die Kinder gehen zwar ungleich besser als früher, der Gang zeigt beim bekleideten Kinde kaum mehr eine Abnormität, aber am nackten Kinde bemerkt der Kundige sofort die Reste der habituell gewordenen seitlichen Beckenschwankung. M. ist überzeugt, dass auch bei diesen Kindern mit der Zeit vollkommener Erfolg eintreten wird. Diese Pat. standen zu Beginn der Behandlung im Alter von 2—5$^1/_2$ Jahren; die Behandlungsdauer betrug 4 Monate bis 2 Jahre.

Bei doppelseitiger Luxation konnte M. noch vor einem Jahre mit seinem Apparat keinen Erfolg erzielen. Bei einseitiger Luxation nämlich entwickelt sich, wenigstens in den ersten Lebensjahren, nie ein sehr hoher Grad von Beckenneigung und Lordose, da das Becken durch das gesunde Hüftgelenk beim Gehen genügend fixiert wird. Infolgedessen wird im erkrankten Gelenk die Neigung zur Reluxation des einmal reducierten Kopfes sehr gering sein. Durch die Belastung wird der reducierte Schenkelkopf allmählich immer tiefer in die Pfanne gepresst, und damit die definitive Fixation herbeigeführt. Bei der doppelseitigen Luxation sinkt dagegen beim Gehen und Stehen das Becken stark nach vorn über, die sichtbare Folge davon ist die auffallende Lendenlordose und das Vorspringen der Nates. Durch diese Stellung des Beckens werden die reducierten Schenkelköpfe aus der Pfanne geschoben und nach oben gedrängt. M. hat nun ein eigenartiges Mieder construiert, das mit Hülfe eines Symphysengurtes der Beckenneigung entgegenwirkt. Dadurch ist es M. schon in 3 Fällen von beiderseitiger Luxation gelungen, die durch den Lagerungsapparat reponierten Schenkelköpfe auch während des Gehens in den Pfannen zu fixieren. M. demonstriert z. B. ein 3 $^1/_2$ jähriges Mädchen, bei dem die Schenkelköpfe nach 10monatlicher Behandlung auf beiden Seiten fest in den Pfannen sitzen; das Kind durfte sich seit Beginn der Behandlung ebenso frei bewegen, wie die Pat. mit einseitiger Luxation.

Zum Schluss begegnet M. noch einem durch Lorenz veranlassten Irrtum betreffs seines Apparates. Lorenz tadelt die Aussenrotation als geradezu schädlich, da der Schenkelhals bei der congenitalen Luxation stark antivertiert und infolgedessen der Kopf ohnehin stark nach vorn verlagert sei; durch Aussenrotation könne man höchstens eine Transposition, aber nie eine Reduction des Kopfes in die Pfanne erzielen, die eben nur durch Innenrotation ermöglicht werden könne. M. bemerkt hierzu, dass infolge der Anteversion der Kopf keineswegs verlagert sei, nur der Trochanter sei stets dislociert und stark nach hinten gedrängt. Die Anteversion des Halses habe also auf die Stellung des Schenkelkopfes keinen Einfluss. M. beabsichtige übrigens keineswegs, durch die Aussenrotation den Kopf in die Pfanne zu drücken, sondern dieselbe habe nur den Zweck, durch den nach vorn gedrängten Kopf allmählich jenen Teil der Gelenkkapsel zu dehnen, der als geschrumpfte, starre Gewebsmasse die leere Pfanne bedeckt und dem andrängenden Kopf den Weg verwehrt.

---

224) **Hoffa.** Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

(Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 31.)

Ebenfalls auf diesem Congress hielt H. einen kurzen Vortrag über das gleiche Thema. H. empfiehlt ein combiniertes Verfahren. Er macht zunächst in Narcose die Reposition genau wie Lorenz, ist aber der Gelenkkopf in die Pfanne eingeschnappt, so stellt er das Bein nicht in Abduction und Aussenrotation, sondern in Abduction und Innenrotation, wodurch die Transposition des Kopfes nach vorn vermieden werden soll. Nach Verlauf mehrerer Wochen wird der fixierende Gypsverband fortgelassen und die erzielte Stellung dadurch festgehalten, dass die Kinder für längere oder kürzere Zeit während des Tages und der Nacht in dem Mikulicz-schen Apparat gelagert werden, den H. so modificiert hat, dass man die Beine leicht in Abduction und Innenrotation festhalten kann.

Die Vorzüge dieses combinierten Verfahrens sind: man braucht die Kinder nicht solange im Gypsverband zu halten, man kann doppelseitige Luxationen zu einer Sitzung reponieren, man kann die atrophischen Muskeln durch Massage und Gymnastik kräftigen, und die Behandlung wird, namentlich bei doppelseitiger Luxation, wesentlich abgekürzt.

Discussion: Auch Schede protestiert dagegen, dass Lorenz etwas Neues gebracht habe. Er selbst übt sein Verfahren schon seit 1880 aus. Zur Einrichtung hält er bei Kindern bis zum 2. Lebensjahre den Händezug für genügend, bei älteren benutzt er die Extension. Einen Fortschritt bedeutet allerdings die Einrichtung in einer Sitzung durch Zug unter Narcose statt der langsam wirkenden, gewöhnlichen Extension; diesen Fortschritt verdanken wir aber Paci. Die Reduction findet nicht entfernt etwa in der Mehrzahl der Fälle so drastisch statt, wie Lorenz berichtet; nur in etwa 40% der Fälle hört man ein deutliches Einschnappen. Auch im Alter bis 12–13 Jahren ist Reposition möglich, nicht immer auf einmal, und selbst bei einer Verkürzung von 13 cm besteht diese Möglichkeit nach Durchschneidung der Adductoren. Eine Lähmung des Ischiadicus kann wohl gelegentlich vorkommen; in der Regel nicht dauernder Art, aber auch eine solche wäre nicht unmöglich. Jedenfalls ist allmähliches Vorgehen hierbei angezeigter. Doppelseitige Luxationen kann

mane bensowohl in einer Sitzung operieren, wie in verschiedenen. S.'s gewöhnliche Nachbehandlung besteht in Gipsverbänden, zunächst in starker Spreizstellung, welche etwa 6 Wochen liegen, dann mit Näherung der Beine an einander in Badehosenform. Damit laufen die Kinder herum und bohren sich die Köpfe in den Pfannengrund ein; nach mehrfach gewechselten Verbänden befestigen sich die Gelenke so, dass man später kaum noch etwas von dem Leiden merkt. — Hoeftmann möchte noch einen Punkt betonen: Eine grosse Reihe anscheinend congenitaler Hüftsgelenksluxationen hat sich erst nach der Geburt herausgebildet. Seine Aufmerksamkeit sei durch drei Fälle auf diesen Punkt gelenkt: 1. Bei einem 1½jährigen Kind, dessen Fuss immer etwas nach innen gedreht schien, während die Aussenrotation beschränkt war, ohne zu eruierende Ursache, und wo nach einem Jahr die Luxation deutlich herauskam; 2. bei drei Kindern einer Familie, wo bei einem Kind die congenitale Luxation reponiert wurde, beim zweiten eine Rotation nach innen bestand, ohne Luxation, und beim dritten eine doppelseitige Luxation mit Verbiegung des Schenkelhalses; endlich 3. bei einem Kinde, wo sich ebenfalls die Luxation erst mit der Zeit herausbildete. Nachher kamen ihm eine ganze Reihe von Kindern gleicher Art zu Gesicht, bei denen die Möglichkeit der leichten Ein- und Ausrenkbarkeit charakteristisch schien. H. glaubt, dass ein grosser Teil der congenitalen Luxationen erst allmählich entsteht, vielleicht durch eine Verbiegung des Schenkelhalses prädisponiert, und wo bei Gelegenheit (Aussenrotation) das Bild der Luxation sich vervollkommnet. — König ist der Ansicht, dass die operative Behandlung nicht so ganz zu verwerfen sei. Man kann zufrieden sein, wenn man feste Gelenke erzielt. Bei jüngeren Kindern müsste jedenfalls zuerst versucht werden, ohne Operation fertig zu werden. Bei 7—8jährigen kommt es vielleicht zur Operation, bei noch älteren aber sei die Operation am Platz. — v. Bergmann hat bei einem 16jährigen Mädchen operiert und Heilung mit ganz guter Beweglichkeit erzielt. — Schede glaubt nicht, dass das Alter so entscheidend für die Wahl des Eingriffs sei, wie König meine. Er hat auch ältere Personen mit Erfolg operiert; man muss den Kopf durch wiederholte Extension, event. Tenotomie der Abductoren u. s. w. möglichst weit herunterholen. Kinder von 6—7 Jahren braucht man allerdings wohl nie zu operieren; aber S. hat auch noch Kinder bis zu 15 Jahren ohne Operation geheilt. Man muss nur immer wieder extendieren. In einem Falle von doppelseitiger Luxation bei einem Kinde von 13 Jahren hat S. zuerst auf der einen Seite operiert und ein ankylotisches Gelenk erzielt, dann holte er auf der anderen Seite den Kopf durch Extension herunter, was schliesslich gelang, reponierte und brachte hier Heilung ohne Operation zustande.

---

225) **Landerer** und **Kirsch.** Der Celluloid-Mullverband, eine neue Verbandsart.

(Aus dem medicomechanischen Institut zu Stuttgart.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 29.)

Der Gypsverband ist schwer und nicht genug beständig gegenüber den Secreten des Körpers, die Ersatzmittel zwar leichter und beständiger, aber langsamer im Erhärten. Der Celluloid-Mullverband, bestehend aus Mullbinden, gestärkt mit einer Auflösung von Celluloid in Aceton, hat diese Nachteile nicht und hat sich den Autoren sehr bewährt.

Die Technik ist folgende: „Man schneidet mit starker Schere die Celluloidplatten in kleine Schnitzel oder verwendet den Abfall von den zu anderen orthopädischen Zwecken benutzten Celluloidplatten. Diese Stückchen werden in Aceton gelöst, indem man eine grosse weithalsige Flasche bis zu etwa einem Viertel der Höhe mit Celluloidschnitzeln füllt und das übrige mit der Flüssigkeit auffüllt. Die Flasche muss einen guten luftdichten Verschluss haben, da sonst zu viel verdunstet. Von Zeit zu Zeit wird geöffnet und mit einem Stäbchen umgerührt. Nun wird auf ein Gypsmodell zunächst ein

nicht zu dickes Stück Filz oder Flanell aufgespannt. Man kann diese Unterlage im Interesse der Leichtigkeit auch weglassen, wenn der Apparat, wie z. B. ein Corsett, auf dem Hemd getragen werden soll; die völlig glatte Innenfläche macht ihn dazu gut geeignet. In diesem Falle wird auf das Gypsmodell eine Mullbinde straff aufgewickelt, sodass sich die Touren ungefähr zur Hälfte decken. Auf diese Mullschicht wird nun die inzwischen fertiggestellte Celluloidgelatine eingerieben. Da sie an den Fingern sehr fest klebt und nur mit Aceton abzuwaschen ist, wird die Hand am besten mit einem Lederhandschuh geschützt. Dieselben Schichten (Mullbinde und Celluloidlösung) wechseln weiterhin so lange ab, bis der Verband die nötige Stärke erreicht hat. Dies ist bei kleineren Kapseln nach 4—6 Lagen der Fall, während ein Stützcorsett für einen Erwachsenen nicht unter 10 Lagen herzustellen ist. Trotzdem bleibt die Wandstärke eines solchen Corsetts sehr gering, wenn man die Mullbinden straff anzieht und fest andrückt. Sieht man nach Abnahme der Kapsel vom Gypsaufguss, dass dieselbe nicht stark genug ist, so wird dieselbe wieder aufgelegt und man fügt noch einige Schichten hinzu, welche auch auf dem mehrere Tage alten Verband fest ankleben. Die äusserste Schicht darf nicht die Mullbinde bilden, sondern reichlich aufgestrichene und stark verriebene Celluloidgelatine, wodurch die Aussenseite einen schönen Glanz und eine besondere Härte erhält.“

Der Verband ist billig (Preis des Materials für ein Corsett des Erwachsenen z. B. Mk. 5), leicht und undurchlässig. Seine Härte ist die grösste von allen Verbandarten. Die Schnelligkeit der Erhärtung steht zwar hinter dem Gypsverband zurück, übertrifft aber die übrigen fixierenden Verbände beträchtlich. Er ist vollkommen erhärtet nach 3—4 Stunden. Versuchsweise am Körper angelegt, zeigte er sich nach $1^1/_2$ Stunden schon fest genug zur Fixation. Immerhin ist diese Zeit lang genug, um die Anwendung der Verbandart vorläufig auf das Anlegen über Modellen und zur Verstärkung des Gypsverbandes (Gehverbände) zu beschränken.

Verwandt wurden die Kapseln: 1. Bei 6 Fällen von Handgelenkstuberculose. Der Verband reichte von der Mitte des Unterarmes bis zu den Basen der Metacarpi und wurde auf der Dorsalseite geschnürt. Von der Volarseite ging ein Längsschienchen zu einer den Handteller stützenden Platte, um der Tendenz zur Subluxation entgegenzuarbeiten; die Schiene hatte ein im Sinne der Adduction und Abduction bewegliches Gelenk. 2. Bei 5 Fällen zur Herstellung von Corsetts, 1mal bei Spondylitis eines Knaben im Lumbalteil, in den übrigen Fällen bei Scoliosen. Die Corsetts werden zum Teil schon über 4 Monate getragen. 3. Bei der nach Lorenz vorgenommenen unblutigen Einrenkung einer angeborenen Hüftverrenkung wurde nach 8 Wochen der Gypsverband durch einen abnehmbaren Celluloid-Mullverband ersetzt, der aus einem halben Corsett und einer bis unter das Knie reichenden Beinhülse bestand und bei grosser Leichtigkeit die zum Gehen notwendige Abductionsstellung des Beines völlig sicherte.

226) **Diakonoff.** Behandlung der Tuberculose der Wirbelkörper.

(Wjestn. med. 1. Mai 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 Nr. 35.)

D. hat in 3 Fällen den Krankheitsherd direct blossgelegt, indem er die vertebralen Enden der Rippen und, wenn nötig, auch die entsprechenden Querfortsätze der Wirbel resecierte. 2 Fälle, die schon in sehr schlechtem Zustande zur Operation kamen, endeten letal, den 3. beschreibt D. folgendermassen:

Kind mit einer Kyphose in der Gegend des 7. Hals-, 1. und 2. Brustwirbels, vollständiger Lähmung der entsprechenden Muskeln, auch Motilitätsstörungen der unteren Extremitäten. Zuckungen an denselben, Temperatur 39,9°. Wird am 17. 12. 95 operiert: Mittels einer 10 cm langen Incision werden die Querfortsätze des 2. und 3. Brustwirbels blossgelegt und der erstere mittels Knochenzange an der Basis durchtrennt und mit dem Kapitulum der 2. und 3. Rippe reseciert. Bei Isolierung der Wirbelkörper stiess man auf eine Eiterhöhle, welche durch die Foramina intervertebralia mit dem Wirbelcanal communicierte. Nach Entfernung der cariösen Knochenpartien teils mit der Lüer'schen Zange, teils mit dem scharfen Löffel gelangte man in den Wirbelcanal. Die Dura war vollständig intact. Die Höhle wurde drainiert, die Wunde vernäht, durch die Drains nachträglich Jodoformemulsion eingeführt. Da die Eiterhöhle sich sehr rasch mit gesunden Granulationen ausfüllte, wurde am 31. 12. das Drainrohr entfernt und durch Jodoformgazestreifen ersetzt. Am 23. Tage nach der Operation waren schon Bewegungen in den gelähmten Muskeln vorhanden. Ende Januar d. J. konnte Pat. lange sitzen, den Kopf frei und ohne Apparat aufrecht halten. Am 2. 2. begann er zu gehen, und die Bewegungen besserten sich seitdem nach dem letzten Bericht (März 96) von Tag zu Tag.

---

227) **A. Chipault.** Eine neue Behandlung der Wirbelcaries mittels Ligatur der Dornfortsätze.

(Méd. mod. 1896 No. 59. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 35.)

Der chloroformierte Pat. wird auf den Bauch in $^3/_4$ Pronation gelegt, den Rücken gegen den Operateur gekehrt. Man macht nun einen Längsschnitt entlang der Dornfortsätze, welcher oben und unten wenigstens um 2—3 Wirbel die Endgrenzen der Wirbelverkrümmung überschreitet. Ohne an den Ligamenta interspinalia zu rühren, wird die Reihe der Dornfortsätze rechts und links freigelegt und die Weichteile zu beiden Seiten soweit als möglich abgezogen. Jetzt versucht man den Gibbus zu reducieren, indem ein Gehülfe in der Achselgegend nach oben, ein anderer an den unteren Extremitäten nach unten zieht. Ist die Reduction so gut es geht hergestellt, so führt man einen Silberdraht, von einer dem Fall entsprechenden Dicke, durch das über dem höchsten zu fixierenden Dornfortsatz liegende Ligamentum interspinale und zwar am unteren Rande des Dornfortsatzes, nächst seiner Basis. Der durchgeführte Silberdraht wird dann so abgeschnitten, dass an jeder Seite der Perforation ein doppelt so langer Faden hängen bleibt, als die Länge der Wunde beträgt. Mit diesen beiden Silberdrähten wird die Ligatur der Dornfortsätze durchgeführt. Zu diesem Behufe kreuzt man beide Drähte und führt jeden derselben durch das unmittelbar darunter liegende Ligamentum interspinale, dann durch jedes folgende, bis man unter den untersten der blossgelegten Dornfortsätze angelangt ist; hierauf dreht man die beiden Drähte fest zusammen, indem man sie an ihren Enden einrollt. Sehr wichtig ist es, den Draht in jedem Zwischenraume genau in der

Höhe des unteren Randes des darüberliegenden Dornfortsatzes durchzuführen, damit man mit dem Fortschreiten der Ligatur an dieser festen Stütze den oberen Teil der Wirbelsäule strecken und in Extension erhalten kann; auch darf man keine neue Schlinge anlegen, bevor nicht die Festigkeit der vorangegangenen sichergestellt ist. Hat man so sämtliche blossgelegte Dornfortsätze vereinigt, so näht man die Weichteile zusammen, ohne zu drainieren, legt den Verband an und bringt den Kranken zu Bette. Bei der höchst einfachen Operation, die meist nur 1/4 Stunde lang dauert, können 2 Schwierigkeiten vorliegen: 1. Das Bestehen einer Ankylose zwischen unterem und oberem Rande zweier anstossender Dornfortsätze, in welchem Falle man genötigt ist, zwischen der Masse dieser beiden Dornfortsätze ein Loch zu bohren. 2. Kann neben der Kyphose auch eine leichte seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule vorhanden sein; hier muss man nach Anlegen der beschriebenen Ligatur einen der Drähte entlang der Dornfortsätze auf der convexen Seite hinaufziehen, fest anspannen und, fest angezogen, an die obere Schlinge fixieren. Nach 5—6 Tagen (bei der Erkrankung der Lenden- oder Dorsalwirbelsäule) oder nach 10 Tagen (bei Affection der Halswirbelsäule) wechselt man den ersten Verband und entfernt die Fäden aus den Weichteilen; nach dem 2. Verband ist Heilung eingetreten. Natürlich muss eine orthopädische Behandlung daneben eingreifen; nach der Operation ist strenge Immobilisierung der ligierten Wirbelsäule vorzunehmen. Der Eingriff, der einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung der Pott'schen Kankheit bedeutet, ist nur indiciert bei mässigem Gibbus, bei plötzlichem Beginn oder rascher Entwicklung des Leidens, wo ausserdem der Buckel in Narcose mehr oder weniger leicht reducierbar ist. Contraindiciert ist das Verfahren bei zu grossem Gibbus, wo also bereits Zerstörung einer zu grossen Wirbelzahl vorliegt; das Vorhandensein nicht offener kalter Abscesse oder von Lähmungen ist kein Hindernis für die Operation.

---

228) **H. Laser.** Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von tuberculösen Halsdrüsen bei Kindern.
(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 31.)

Vor einiger Zeit hat Volland eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er darzuthun suchte, dass die Verbreitung der Lungentuberculose auf dem Wege der Inhalation ein höchst seltenes Vorkommnis sei, vielmehr fast ausschliesslich in der Weise erfolge, dass bereits in frühester Jugend eine Infection der Halsdrüsen stattfinde und die Tuberkelbacillen von hier aus in die Lungenspitzen vordringen. Die Infection erfolge vom Boden aus, mit dem die Kinder ja in so innige Berührung kommen, und es gelange so der Infectionsstoff in die Haut des Gesichts oder auf die Schleimhäute von Mund und Nase und von hier aus zu den Lymphdrüsen, weshalb folgende prophylactische Massregeln zu treffen seien:

1. Es muss der reichlich abgesonderte Mund- und Nasenschleim unermüdlich entfernt werden, um jedes Wundwerden von Mund und Nase zu verhüten.

2. Es ist sorgfältig darauf zu achten, dass das Kind nie mit den Händchen auf den Fussboden kommt. Es darf beim Laufenlernen nie am Fussboden herumkriechen, sondern es muss stets entweder geführt werden oder in geeigneten Stützapparaten stehen.

Volland fand bei 2506 Personen im Alter von 7—24 Jahren geschwollene Halsdrüsen:

im	Alter	von	7—9	Jahren	bei	96,6%
„	„	„	10—12	„	„	91,6%
„	„	„	12—15	„	„	84,0%
„	„	„	16—18	„	„	69,7%
„	„	„	19—24	„	„	68,3%

(kein Unterschied für beide Geschlechter)

Hieraus zieht Volland nun folgende Schlüsse:

1. Dass das Vorkommen von scrophulös geschwollenen Halsdrüsen unter der Kinderwelt ein ausserordentlich verbreitetes ist.
2. Dass die Infection mit Scrophulose vor den Beginn der Schulzeit fällt.
3. Dass nicht alle scrophulös geschwollenen Halsdrüsen von der Infection mit Tuberkelbazillen herrühren. Eine grosse Anzahl verdankt ihr Entstehen vielmehr überstandenen Rachenentzündungen, Catarrhen, diphtheritischen Erkrankungen, Hautausschlägen u. s. w. und schwindet im Laufe der Zeit wieder vollständig. Die bestehen bleibenden Schwellungen der Halsdrüsen müssen aber doch der Tuberculose für dringend verdächtig gehalten werden.

Zur Begründung dieser Ansicht weist Volland darauf hin, dass er unter 108 Schwindsüchtigen bei 101 (93%) in der Gegend von den Unterkiefern nach abwärts gegen die oberen Schlüsselbeingruben hin mehr oder weniger harte Lymphdrüsen in kleinerer oder grösserer Anzahl gefunden habe.

L. durchforschte nun sehr fleissig die Litteratur, um zu sehen, ob wirklich die Gefahr einer Infection mit Tuberkelbazillen vom Boden aus eine so grosse sei. Die Angaben nun widersprechen sich vielfach, im allgemeinen bestätigen sie aber die Ansichten Volland's durchaus.

L. machte nun selbst bei zahlreichen Schulkindern systematische Untersuchungen, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1. Es erkranken mehr Mädchen als Knaben an Masern, Scharlach, Diphtherie, Mandelentzündung und Scropheln.
2. Die Knaben hingegen haben häufiger angeschwollene Halslymphdrüsen als die Mädchen.
3. Ein Abnehmen der Zahl der mit angeschwollenen Halslymphdrüsen behafteten Kinder mit dem Alter lässt sich nicht nachweisen.
4. Die Häufigkeit des Vorkommens von Halsdrüsenanschwellung steht nicht im Verhältnis zur Häufigkeit des Auftretens von Tuberculose.
5. In der Mehrzahl der Fälle sind jedenfalls die Drüsenanschwellungen nicht auf Tuberculose, sondern auf andere ätiologische Momente zurückzuführen.

6. Es ist immerhin als sicher anzunehmen, dass die Tuberculose meistens nicht durch Vererbung des Krankheitskeimes übertragen wird, sondern in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch eine Infection post partum.
7. Es ist also anzustreben, dass die Kinder vor dem Einatmen zerstäubten tuberculösen Staubes gehütet werden und ebenso vor directer Infection durch am Erdboden beschmutzte Hände.

---

229) **Manicatide.** Etude sur la rate chez les enfants tuberculeux.

(Revue mens. des malad. de l'enfance, Febr. 1896. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 25.)

M. untersuchte bei 12 ganz willkürlich herausgegriffenen tuberculösen Kindern im Alter von 2—12 Jahren bald nach dem Exitus die Milz und konnte 10mal tuberculöse Veränderungen constatieren, 8mal bereits makroscopische, 2mal nur mikroscopische. Die Affection fand sich ganz unabhängig von der Ausdehnung des allgemeinen Processes schon bei nur wenig ausgedehnter Tuberculose, und zwar in allen Fällen zunächst Vergrösserung des Organs, ausserdem makroscopisch eine characteristische Ungleichheit der einzelnen Granulationen, die unregelmässige Formen und mehr gelbliche Verfärbung, manchmal auch opakes Aussehen infolge käsigen Zerfalles aufwiesen. Bei rascher Ausdehnung der Tuberculose überwiegen die grauen vergrösserten Granulationen, das Organ ist hyperämisch, bei langsamerer Entwickelung finden sich in dem mehr sclerosierten Organ käsige Knötchen; die Tuberkel selbst enthalten massenhaft Riesenzellen und nur spärliche Bazillen, sie sitzen meist in der Nachbarschaft einer kleinen Arterie, ein Uebergang von einer Endothelwucherung zum Tuberkel ist nicht nachweisbar. Malpighi'sche Körperchen, Pulpa, interstitielles Gewebe, ja selbst Milzkapsel werden gleichmässig ergriffen; infolge Hyperplasie des lymphoiden Gewebes unter dem Einfluss der tuberculösen Toxine findet sich zuweilen eine Zunahme der Malpighi'schen Körperchen und der Makrophagen.

---

230) **Giordano.** Sulla splenopessia.

(Riforma medic. 1896 No. 32. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 25.)

Ein 10jähriges Mädchen fühlte bereits seit 3 Jahren im Leibe einen harten Tumor, der sich vergrösserte. Dabei bestanden Fieber, Blutungen aus Nase und Zahnfleisch, Schmerzen im Abdomen, besonders heftige beim Laufen und Springen, Ausdehnung des Leibes, besonders in der Gegend oberhalb des Nabels, wachsartiges Aussehen. Der untere stumpfe Pol der Milz lag 2 Finger breit oberhalb des Poupartschen Bandes, der mittlere halbscharfe Rand einen Finger breit vom Nabel; der Tumor war beweglich und liess sich gegen das Zwerchfell hinaufschieben. Wiederholte Kuren mit Eisen, Chinin, Arsen waren erfolglos geblieben.

G. operierte die Wandermilz am 24. 11. 95; die vergrösserte Milz wurde am Peritoneum und der Aponeurose fixiert. Die Beschwerden verschwanden sämtlich, das Kind sieht frisch aus, kann laufen und springen ohne Beschwerden. Bis jetzt also ist der Erfolg von Dauer.

231) **Goldschmidt.** Acute Leukämie bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 30.)

G. berichtete im Aerztl. Verein in Nürnberg (2. 4. 96) über folgenden interessanten Fall:

Ein bis dahin vollkommen gesundes und aus gesunder Familie stammendes Kind zeigte Ende December 1895 Drüsenschwellungen am Halse, die bis zum 11. 1. d. J. wieder vollständig zurückgegangen waren. Am 24. 1. war bei subjectivem Wohlbefinden und Mangel jedweder Erscheinungen seitens der inneren Organe eine starke blaurote Anschwellung der Tonsillen und des weichen Gaumens zu constatieren. Am 29. 1. wurde zum ersten Male eine geringfügige Anschwellung der Milz gefunden, die rapid zunahm und bereits am 1. 2. in das kleine Becken hinabreichte. Gleichzeitig stellte sich hohes Fieber (38,5—39,5°) ein, der Puls wurde sehr frequent (140—150), die Leber überragte um zwei Fingerbreiten den Rippensaum, die Drüsen am Halse schwollen wieder stärker an und das Allgemeinbefinden wurde stetig schlechter. Der Urin enthielt Eiweiss und Epithelialcylinder. Das Blut zeigte das exquisite Bild der Leukämie. Nach vorübergehender Besserung des Allgemeinbefindens wie aller nachweisbaren Veränderungen (8.—11. 2.) kehrten sämtliche Erscheinungen rasch wieder, das Aussehen wurde stetig schlechter; es stellten sich Ödeme ein und unter zunehmender Schwäche erfolgte am 26. 2. der Exitus letalis.

Die Section bestätigte durchaus die Diagnose, die nicht schwer war, da alle Symptome der acuten Leukämie vorhanden waren. Das Leiden hatte nur 4 Wochen oder, wenn man den Beginn von den ersten Drüsenanschwellungen an rechnet, 8 Wochen gedauert. Bemerkenswert ist das jugendliche Alter des Pat. und jene erwähnte vorübergehende Besserung sämtlicher Erscheinungen.

---

232) **A. Feuchtwanger.** Die Behandlung der Malaria im Kindesalter.

(Therapeutische Monatshefte 1896 No. 8.)

F. hat während 5jähriger Thätigkeit in Palästina sehr viel Fälle von Malaria beobachtet und sich bestrebt, ein Ersatzmittel für das Chinin ausfindig zu machen; er kam aber immer wieder auf das Chinin zurück, das doch die besten Dienste leistete. Bei Kindern gab er hauptsächlich Chinin. bisulfuric., das vom kindlichen Magen besser vertragen wird, als das einfache Chinin. sulfur. und darum, wenn auch von geringerem Chiningehalt, doch wirksamer ist. Dosis: soviel Decigramm resp. Centigramm, als das Kind Jahre resp. Monate zählt., 3mal täglich. Bei ganz kleinen Kindern (8 Tage bis 2 Monate) liess F. öfters mit gutem Erfolge eine Chininsalbe (Chinin. sulfur. 2,0: Adeps suill. 40,0) mehrere Male des Tages in die Achselhöhlen und beide Leistengegenden einreiben. Auch wurden, falls das Chininbisulfat intern von kleineren Kindern nicht vertragen wurde, Suppositorien appliciert in der doppelten Dosis, d. h. ein 5monatliches Kind bekam 5mal täglich ein Suppositorium mit 0,1 Chinin sulfur. oder muriat. In seltenen Fällen, wo solche Suppositorien Tenesmus erzeugten, nahm F. zu Klysmen mit Eigelb und der gleichen Dosis Chinin Zuflucht und erzielte bisweilen recht guten Effect. Bei Malarianeuralgien älterer Kinder wurde mit Vorliebe Chinin. valerian. angewandt. Bei 2 Fällen von Malaria perniciosa griff F. zur subcutanen Injection

von Chinin. muriat. Die Kinder lagen comatös da, hatten träge Pupillenreaction, starkes Erbrechen, intensive Milz- und Leber-vergrösserung, ausgesprochenen Icterus und starke Hämoglobinurie. Nach 3 maliger subcutaner Injection von Chinin. muriat. in etwas verdünnter Salzsäure (die Kinder waren 10 resp. 12 Jahre alt) war die Haemoglobinurie wie mit einem Zauberschlag beseitigt, das Erbrechen wurde mit Eispillen und Senfpflaster in die Magengegend bekämpft, gegen die comatösen Erscheinungen wurden lauwarme Bäder von 27 ° R. mit kalten Uebergüssen und Eisblase auf den Kopf vorgeschrieben. Um ein Recidiv zu vermeiden, giebt F. immer noch einige Tage kleinere Dosen von Chinin und lange Zeit Chinadecocte nach. Trotzdem sind häufige Recidive nicht selten, und es entwickelt sich Malariacachexie, die bisweilen zu trostlosen Zuständen führt. In solchen schweren Fällen sah F. noch manchmal Erfolge einer methodischen Arsenikkur. So gab er einem 3 jährigen Knaben:

Rp.
Liq. Kal. arsenic. 2,0,
Tinct. ferri pomat. 8,0,
S. 3 mal tägl. 5 Tropfen.

Jeden Tag wurde die Dosis um 1 Tropfen gesteigert bis 15 Tropfen, worauf langsam wieder bis 5 zurückgegangen wurde. Auch Luftveränderung thut oft Wunder. Bei grösseren Kindern wurde eine Combination von Chinin. muriat., Acid. arsenic. und Ferr. reduct. in Pillenform gegeben, bei chronischer Cachexie Monate lang Chinineisenwein verabfolgt.

---

233) **F. Mühlig.** Ein Fall von Scharlachrheumatismus.

(Aerztl. Rundschau 1896 No. 32.)

Der Fall ist besonders deshalb von Interesse, weil er zeigt, dass Rheumatismus nicht nur im Verlauf des Scharlachs auftreten kann, sondern dass er oft letztere Affection einleitet, indem zuerst der Rheumatismus und dann erst der Scharlach einsetzt.

Am 3. 7. 96 wurde Autor zu einem seit einem Tage bettlägerigen kranken Kinde von 10 Jahren gerufen, das früher Masern gehabt und vor drei Wochen eine leichte Diphtherie durchgemacht hatte, von der es sich so vollständig erholt hatte, dass es bereits die Schule besuchte. Am 2. 7. erkrankte es mit Fieber und Schmerzen an beiden Hüftgelenken, sodass es sich im Bette nicht bewegen konnte. Tags darauf constatierte M. Fieber (39,5 °) bei dem vor Schmerzen an den Füssen und Kopfschmerzen jammernden Kinde; ausserdem Schwellung, Rötung und Unbeweglichkeit beider Hüftgelenke, des rechten Fussgelenks und linken Kniegelenks, beschleunigten Puls (120), Tachykardie, Eiweiss im Harn, geringes Oedem an beiden Fussknöcheln. Verordnung: Natr. salicyl. 4 mal tägl. 1 gr in Kapseln, Eisblase auf den Kopf, Einwickelung der erkrankten Gelenke mit Hilfe von Flanellbinden. Am nächsten Tage — die Pat. hatte in der Nacht stark deliriert — Temp. morgens 38,5, abends 39,3 °, Albumen im Urin, geringe Abnahme der Gelenkschmerzen, aber Befallensein des linken Handgelenkes; an den unteren und oberen Extremitäten ganz charakteristisches Scharlach-Exanthem. Am nächsten Tage Temp. morgens 38,3 °, abends 38,7 °, Gelenkerkrankung besser, dagegen das Exanthem weiter über Hals, Brust, Rücken, Gesicht (nur Lippen und Kinn frei) ausgebreitet, charakteristische Scharlachzunge, Eiweiss in gleicher Menge. Am 5. Tage Gelenke vollkommen frei, Temp. morgens 37,6, abends 37,9 °, Harn eiweissfrei, Ausschlag beginnt abzuschuppen. Abschuppung dauert 4 Tage. Am 15. Tage verlässt Pat. das Bett. Therapie: In den ersten 3 Tagen Natr. salicyl., dann Salzsäure, später Chinadecoct.

Bemerkenswert ist auch das Freibleiben der Pat. von Angina; vielleicht wurde das Virus der Scarlatina an dieser Stelle durch die frühere Erkrankung an Diphtherie abgeschwächt.

---

234) **Moses.** Ueber Nephritis bei Masern.

(Vereinsblatt der Pfälzischen Aerzte, Sept. 1896.)

In einer vom Juni 95 bis Februar 96 herrschenden, sehr bösartigen Masernepidemie hatte M. Gelegenheit, mehrere unzweideutige Fälle von Nephritis bei Masern kennen zu lernen. Nach Zeit und Art des Auftretens, sowie in der Symptomatologie ähnelten dieselben der scarlatinösen Nephritis. Nur das in einem Fälle beobachtete, unmittelbar an das Exanthem sich anschliessende Auftreten stellte eine Besonderheit dar. Die Fälle verliefen unter der üblichen Behandlung (Bettruhe, Milchdiät, Purgantien, Liquor Kal. acet., in der Reconvalescenz Eisen) günstig.

Nun hat M. auch 2 Fälle beobachtet, die sicher ätiologisch auf Masern zurückzuführen waren, obwohl die Pat. selbst ein Exanthem nicht gezeigt hatten. Es war aber eben jene Epidemie, die Geschwister der Pat. machten Masern durch. Es giebt also zweifellos eine Nephritis morbillosa sine exanthemate.

---

235) **J. Samter.** Zu den Mischinfectionen acuter Hautexantheme.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 29.)

S. berichtet über einige Fälle, welche recht lehrreich sind.

Das eine Mal handelte es sich um eine Combination von Varicellen und Morbillen. In einer Familie erkrankt das eine Kind an typischen Varicellen, einige Tage darauf dazu an Masern. Kurz darauf wird das 2. Kind von Morbillen befallen und im Abschilferungsstadium derselben von ganz unzweifelhaften Varicellen. Der Krankheitsverlauf war bei den Pat. ein durchaus günstiger und führte zu schneller Genesung.

Perniciöser war die Vergesellschaftung von Morbillen und Scarlatina in einer Familie, deren beide Kinder durch die Coincidenz der doppelten Infection zu Grunde gingen. In einer sehr gut situierten Familie erkrankte ein Kind an leichten Masern, wenige Tage darauf ein zweites an Scharlach. Die Kinder, in 2 geräumigen Zimmern, von einander getrennt, untergebracht, wurden aber von den Eltern beide besucht, zumal ihr Befinden ein günstiges, die Erscheinungen recht geringfügig waren. Der Masernprocess war 8 Tage alt, da wurde das Kind von heftigster Eclampsie befallen, die bald einer derivatorischen und calmierenden Behandlung wich, aber alsbald von einem fulminanten Scharlachexanthem gefolgt war, unter hohem Fieber. Nach 2 Tagen war das Kind tot. Indessen hatte der Scharlach bei dem anderen Kinde einen ganz günstigen Verlauf genommen. Da, einige Tage nach dem Tode der Schwester, zeigten sich echte Masern und die begleitende Bronchitis wurde schnell zu einer letalen Pneumonie. So documentierte sich hier die Tücke einer Mischinfection.

Dass Varicellen und Variola keine identischen Processe sind, lehrt eclatant folgender Fall: In einer Familie erkranken 2 Kinder

an Varicellen. Ein drittes Kind, wenige Wochen alt, wird von S. der Vorsicht halber vacciniert, da ja die Frage der Identität beider Processe sich immer noch in Schwebe befindet. Die Vaccina verlief normal, 10 Tage darauf wurde aber das Kind von echten Varicellen befallen!

---

236) **Hodara.** Ein Fall von Mykosis fungoides.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 5.)

H. stellte in der Medicin. Gesellschaft zu Konstantinopel folgenden typischen Fall vor:

12jähriger Knabe, behaftet mit einem Ausschlage an beiden Ellenbogen und beiden Unterextremitäten. Die hinteren Flächen der Unterschenkel, sowie die vordere untere Hälfte des linken Oberschenkels völlig mit grossen, dunkelroten, glatten Streifen bedeckt; dieselben schuppen nicht ab, die darunterliegende Cutis ist infiltriert und verdickt. Einige ähnliche Flecke auch an den Ellenbogen. In der Mitte und am Rande dieser Streifen oder flachen Infiltrate, besonders an den Beinen, kleine, erbsen- bis haselnussgrosse und auch noch grössere Knötchen von der nämlichen Farbe, unregelmässig verteilt und auch nicht gleichmässig geformt, sondern bald oval, bald halbkugelförmig u. s. w. Meist stehen sie einzeln, nur wenige sind am Grunde mit einander verschmolzen. Ihre Consistenz ist ebenfalls verschieden; die meisten sind weder ganz hart, noch ganz weich, nur wenige fühlen sich weich an. Etliche aber sind ulceriert und mit Krusten bedeckt; auf den nicht geschwürig zerfallenen gewahrt man feinste Schuppen. An gelblichen Stellen sieht man, dass öfters eine spontane Resorption der Infiltrate ohne Narbenbildung stattgefunden hat.

Nach Aussage des Pat. hat der Ausschlag vor 4 Jahren mit den roten Flecken begonnen, die weder schmerzten, noch juckten, ihm auch bisher keine Beschwerden verursachten oder seinem Wohlsein schadeten. Erst seit ca. einem Jahre haben sich die Flecke verdickt und sind die Knötchen exulceriert. Ueber erbliche Belastung ist nichts zu eruieren. Pat. will öfters Intermittens gehabt haben.

Ueber die Diagnose kann kein Zweifel herrschen: Das 4jährige Bestehen des Ausschlags in Form von erythematösen Flecken ohne Veränderung des Allgemeinbefindens, die Bildung von Knötchen nur auf den erkrankten Hautstellen, die charakteristische spontane Resorption ohne Narbenbildung, alles spricht für Mykosis fungoides.

Ein kleines Knötchen wurde ausgeschnitten. An dem Präparat gewahrt man eine ungeheure Erweiterung sämtlicher Gefässe und eine richtige Zellinfiltration — zum Teil von Plasmazellen —, die sich von dem Papillarkörper bis in die Tiefe der Cutis erstreckt. Dagegen fehlen die Riesenzellenhaufen und die Tuberkelknötchen des Lupus: das Bindegewebe ist einfach verdrängt; weder Bindegewebswucherung, noch exclusive perivasculäre Zellinfiltration, wie bei der Syphilis, sind vorhanden. Stellenweise sieht man auch mit Methylenblau gefärbte Zelltrümmer, die wahrscheinlich von dem Zerfall der Zellen herrühren. Nach Unna sind diese Zelltrümmer charakteristisch für Mykosis fungoides; sie werden durch den Lymphstrom fortgepflanzt und erklären die Rückbildung der Knötchen. Alle in dem Präparate beobachteten histologischen Veränderungen stimmen völlig mit den Unna'schen Befunden bei Mykosis fungoides überein.

---

237) **H. Spiegelberg.** Ueber einen Fall von angeborener papillomatöser, sogen. neuropathischer Warzenbildung.
(Münchener medic. Wochenschrift 1896 Nr. 30.)

Bei einem 3 $^1/_2$ Wochen alten Kinde, einem erstgeborenen Mädchen, das sich sonst gut entwickelt hatte und keine weiteren Anomalien darbot, wurde im Bereich der rechten Hals- und Gesichtsseite, streng halbseitig, folgender Status wahrgenommen:

Die ganze Ohrmuschel ist mit teils flachen, teils papillomatösen und gestielten Wucherungen ausgekleidet. Diese beginnen in der Fossa scaphoidea mit einzelnen stecknadelkopfgrossen Efflorescenzen, daran schliesst sich ein über 1 cm grosser, flacher, etwas dunkelgefärbter Naevus, die Crura furcata bedeckend. Von der Spina helicis, der dichtgedrängt hirsekorn- bis linsengrosse, beerenförmige, fleischfarbene Wärzchen aufsitzen, nach abwärts ist die Entwickelung am stärksten, die ganze Concha und die Ränder des Tragus und Antitragus sind mit ähnlichen Wucherungen ausgefüllt, die sich in den dadurch vollkommen verschlossenen, äusseren Gehörgang fortsetzen, das Ohrläppchen stellt eine flache, runzliche, bräunlichrote, einpfennigstückgrosse Wucherung dar. Von da zieht sich abwärts, den M. sternocleidomastoideus in nach vorn concavem Bogen begleitend, ein anfangs $^3/_4$ cm breiter, allmählig sich verschmälernder, wenig nur über die Oberfläche erhabener, leicht gerunzelter, blassroter Streifen. Nach unten zu von zunehmender Rötung und Prominenz, sowie in einzelnen Wärzchen differenciert, endigt dieser Streifen in der Fossa jugularis, rechts von der Mittellinie, in einem gut zehnpfennigstückgrossen, ganz flachen, aber stark abgegrenzten und von einigen stecknadelkopfgrossen Efflorescenzen umgebenen Flecke. Des Weiteren läuft im Filtrum der Oberlippe, doch rechts von der Mittellinie, eine Reihe von hirsekorngrossen und grösseren halbkugeligen weichen Excrescenzen abwärts ins Lippenrot hinein. An der Unterlippe beginnt die Affection von neuem und zwar mit zwei linsengrossen lappigen Polypen an der Innenfläche des rechten Mundwinkels, von da mit miliaren Knötchen aufs äussere Lippenrot und weiter auf die äussere Haut übergehend. Hier sind es dann himbeerartige, etwas bräunliche kleine Wucherungen, hart an der Mittellinie eine breite, flache Papel, und von da zur Spitze des Kinns verlaufend ein fast continuirlicher 2 mm breiter papulöser Streifen, hier wie an der Oberlippe von der Farbe der Gesichtshaut. Auf der rechten Wange, etwa $1^1/_2$ cm unter- und ausserhalb des Augenwinkels sitzt noch eine flache, leicht gerötete Papel von der Grösse einer kleinen Haselnuss. Auf der rechten Hälfte des vorderen Unterkieferalveolarrandes ist die Schleimhaut wulstig verdickt.

Ein Weiterwachstum der Stellen fand nicht statt, das Bild blieb stationär. Ende der 10. Lebenswoche wurde eine Excision der erkrankten Hautpartien an Unterlippe und Kinn vorgenommen.

Die Affection ist schon mehrfach beschrieben worden unter verschiedenen Namen. (Naevus papillaris, verrucosus, unius lateris, neuroticus, Papilloma neuropathicum, neuroticum, trophischer Nervennaevus). In allen Veröffentlichungen handelt es sich um warzige, mehr oder minder flache oder papilläre, condylomartige Bildungen, Mäler, pigmentiert oder nicht, fast ohne Ausnahme in ihrem Auftreten auf eine Körperhälfte beschränkt und mit der Eigentümlichkeit, sich stets an das Verbreitungsgebiet eines oder mehrerer Hautnerven zu halten. Fast stets ist die Affection angeboren. Veränderungen an zugehörigen Hautnerven hat man bisher nicht finden können, ebensowenig ist der Nachweis eines mikroscopischen Zusammenhanges mit Nervenelementen gelungen. Auch in dem obigen Falle fand sich in den gewucherten Zonen keine Spur von Nervenelementen. In einem Teile fanden sich Talgdrüsen in ziemlicher Entwickelung, in anderen fehlten sie; durchgängig zeigte sich das Epithel stark hyperplastisch, die Schicht sehr verbreitert, der makroscopischen Configuration entsprechend, das Stratum

Malpighi wuchernd. In das Corium hinein bildete das Epithel lange, unregelmässige Ausläufer zwischen die Papillen, zuweilen fanden sich kleine Epithelinseln abgeschnürt. Abnorme Hornbildung fehlte. Als gleichfalls hyperplastisch erwies sich überall das Bindegewebe des Papillarkörpers und Coriums, dabei zell- und gefässarm. Die Gefässe waren spärlich entwickelt, unverändert, Leukocytenherde nirgends sichtbar, ebensowenig andere Entzündungserscheinungen oder Zellkernmitosen.

Die Behandlung einer derartigen Affection besteht in Excision, event. Thermocauterisation. Von einer Spontanheilung berichtet Neumann. Recidive kommen nicht, ebenso ist bisher eine Weiterentwickelung über die Grenzen des Gutartigen nicht beobachtet worden.

---

238) **Comby.** Fall von Arsenlähmung.

(Therap. Wochenschrift 1896 Nr. 27.)

Der von C. in der Société médic. des hôpitaux (26/6. 96) vorgestellte Fall betrifft ein 7jähriges, wegen Chorea mit Arsen behandeltes Kind. Die Anfangsdosis betrug 10 mg pro die und wurde um 5 mg erhöht bis zur höchsten Menge von 35 mg, worauf wieder heruntergegangen wurde. Im Laufe von 11 Tagen hatte das Kind im Ganzen 23 ½ cg arseniger Säure zu sich genommen. Schon am 5. Behandlungstage hörten die choreatischen Bewegungen vollständig auf, um nie mehr wiederzukehren. Am 6. Tage aber bekam das Kind Erbrechen mit leichtem Fieber, welche Symptome aber nach 10—12 Tagen verschwanden, sodass das Kind durchaus gesund entlassen wurde. 5 Wochen später kam es wieder mit vollständiger Paraplegie, welche 46 Tage nach Sistierung der Behandlung aufgetreten war; das Allgemeinbefinden war ein sehr gutes, das Kind sah brillant aus, aber die unteren Extremitäten waren vollständig gelähmt, die Reflexe aufgehoben. Trotz Strychnin, Faradisation und Schwefelbädern nahm die Lähmung einen aufsteigenden Verlauf und erstreckte sich bald auf den Stamm und die oberen Extremitäten, wenn auch in mässigem Grade. Nach einigen Tagen stellte sich Incontinentia urinae et alvi ein, welche 10 Tage anhielt. Bald trat jedoch merkliche Besserung auf und nach 1 Monat konnte das Kind wieder gut gehen. C. hält die Affection wegen der Beteiligung der Blase und des Rectums für eine myelitische. Der Fall mahnt, nicht so hohe Arsendosen zu geben und bei den ersten Erscheinungen der Intoleranz (Erbrechen etc.) ganz damit aufzuhören.

Discussion: Rendu hält den Fall auch für Arsenmyelitis, betont aber, dass es auch eine neuritische Form giebt. — Comby hat bei Chorea auch Antipyrin, selbst in hohen Dosen, 2—4 gr pro die, angewendet, hat aber nicht so günstige Erfolge gehabt, wie mit Arsen. — Sevestre hat ebenfalls Chorea regelmässig mit Antipyrin behandelt und selbst höhere Dosen ohne Schaden angewendet, ist jedoch durch einen Fall etwas vorsichtiger geworden. Er gab einem 5jährigen Kinde 2, 3, dann 5 gr täglich. Als Pat. letztere Dosis zum ersten Male nahm, traten schwere nervöse Störungen ein, die bis zum Coma führten, aber dann noch zurückgingen, sodass das Kind genas.



239) **M. Péraire.** Gangrène du méduis causée par l'acide phénique.

(Bull. de la soc. anat. de Paris. — Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 32.)

Bei einem 10jährigen Kinde trat nach 24stündiger Anwendung von 1%iger Carbollösung in Form von Umschlägen totale Gangrän des rechten Mittelfingers ein, sodass exarticuliert werden musste. Aehnliche Fälle hat P. 4 in den letzten 5 Jahren gesehen!

---

240) **N. Vucetic.** Uebermangansaures Kali als Andidot bei der acuten Opiumvergiftung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 32.)

V. lernte das Kal. permang. bei einem 2½jährigen Kinde, welches 30—50 Tropfen Tinct. theb. zu sich genommen hatte, als vorzügliches Gegenmittel kennen. Die Eltern hatten dem Kinde sofort ein Weinglas voll Milch gegeben, ¼ Stunde später wurde es aber schläfrig, matt und blass. ½ Stunde darauf nahm V. folgenden Status auf: Somnolenz, eingefallenes, blasses, etwas cyanotisches Gesicht, Augen trübe, Pupillen gleich, sehr eng, Puls 60, Respiration 15—20, arhythmisch; auf starkes Kneifen schlug das Kind die Augen vorübergehend auf. V. verschrieb eine 1%ige Lösung von Kal. permang. und spritzte davon eine Pravaz'sche Spritze (0,01 Kal. permang.) subcutan ein, gab ausserdem 1 Kinderlöffel per os und ½ Stunde später einen zweiten; einige Minuten später schlug das Kind die Augen auf, lag aber noch prosterniert da. Nun wurde jene Lösung stündlich kinderlöffelweisse gegeben. 2½ Stunden später fand V. das Kind ruhig schlafend, Respiration 30, Puls 70. Jetzt wurde nur 2stündlich ein Löffel gereicht. Tags darauf spielte das Kind munter und war nur noch etwas blass, genas aber bald vollkommen.

---

241) **Zuppinger.** Casuistischer Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Mutismus bei Kindern.

(Aus dem Kronprinz Rudolf-Kinderhospitale in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 35.)

Die Hysterie des Kindesalters fand bisher zu wenig Würdigung. Dies und die relative Seltenheit eines so typischen Krankheitsbildes im Kindesalter veranlasste Z. zur Publikation des folgenden Falles:

Ein 12jähriger Bürgerschüler stand vom 8. 11. bis 2. 12. 95 wegen Entzündung der linksseitigen Subinguinaldrüsen in obengenanntem Spitale in Behandlung. Von Hysterie wurde nichts bemerkt, nur war Pat. boshaft, eigensinnig und ungehorsam. Nach seiner Entlassung sprach er noch ab und zu mal vor und hielt sich auch späterhin gern in der Nähe des Spitals auf.

Am 2. 1. 96 hörte Z. abends plötzlich vor dem Spitale fürchterliches Kindergeschrei, und als er auf die Strasse trat, trugen Passanten einen Knaben daher, der scheinbar in Krämpfen lag, dabei aber zeitweise heftig schrie und wild um sich schlug. Dieser Knabe war obiger Pat., und der Anfall war ein schwerer hysteroepileptischer. Die tonischen und klonischen Krämpfe wechselten mit kurzen Pausen fast vollständiger Ruhe; dann überfielen sie ihn wieder mit erneuter Heftigkeit, das Gesicht wurde livid, die Lippen waren mit Schaum bedeckt, die Augenlider krampfhaft geschlossen. Liessen die Convulsionen etwas nach, dann schrie Pat. hin und wieder entsetzlich auf, sprach unverständliches Zeug, versuchte sich zu erheben und zu entfliehen, schlug mit aller Kraft um

sich; dabei schien er vollständig bewusstlos zu sein. Ein Klysma von Chloralhydrat und Bromkalium machte ihn ruhiger und brachte Schlaf, nachdem der Anfall etwa 1/4 Stunde angedauert. Nach dem Erwachen am nächsten Morgen war Pat. stumm. Man dachte sofort an hysterischen Mutismus.

Die Anamnese ergab Folgendes: Der Vater des Pat. war Potator, die Mutter stets gesund. Nerven- und Geisteskrankheiten waren in der Familie nicht vorgekommen. Mit 6 Jahren zog sich Pat. eine Kopfverletzung zu, die aber rasch heilte. Seine häusliche Erziehung war eine sehr mangelhafte. Das Kind war frühzeitig reizbar und eigensinnig; bei stärkerer Aufregung stellten sich oft Zuckungen im Gesicht und an den Händen ein. Seit seinem 6. Jahre besuchte Pat. die Schule mit Erfolg, in der letzten Zeit vernachlässigte er dieselbe aber, weshalb er gerade an dem Tage des Anfalls von der Mutter Vorwürfe erhielt, die den Pat. zum Weinen veranlassten und Gesichtskrämpfe auslösten. Pat. lief trotzig davon, trieb sich den ganzen Tag umher und wurde gerade vor dem Spital von dem Anfalle heimgesucht.

Status praesens am 4. 1. Pat. ist absolut aphatisch, aber auch absolut aphonisch; auch sein Husten ist vollständig tonlos. Auf Aufforderung zu sprechen intendiert er die entsprechende Articulation, bringt aber die Coordination der Lippen- und Zungenbewegungen nicht zustande. Wortblindheit resp. Worttaubheit sind nicht vorhanden. Auf der rechten Körperhälfte besteht fast vollständige Anästhesie, und auch die anderen Empfindungen sind geschwunden, links ist die Sensibilität ebenfalls herabgesetzt, aber nur oberflächlich und weit weniger; die Mittellinie des Körpers bildet genau die Grenze. Sonst ist nichts Besonderes nachweisbar.

12. 1. An der linken Körperhälfte ist die Sensibilität fast zur Norm zurückgekehrt, rechts noch fehlend. Pat. ist noch stumm, sonst aber munter und fidel.

30. 1. Da Pat. gar keine Besserung zeigt, wird er auf die Klinik Krafft-Ebing geschafft behufs eines Hypnoseversuches. Derselbe misslang, dafür kam die Verbalsuggestion und Elektrotherapie zur Anwendung. Das Sprachvermögen kehrte nur langsam, und zwar in der Weise zurück, dass die Aphasie ohne vorübergehendes Stottern vollständig wich, während die Aphonie vorerst unverändert blieb. Pat. wurde am 27. 2. gebessert entlassen; er sprach fliessend und correct, war jedoch noch vollkommen aphonisch.

Anfangs Mai sah Z. den Knaben wieder, seine Stimme war jetzt ganz klar und normal.

Mitte Juli untersuchte Z. den Knaben genauer. Er fand leichte choreaähnliche Muskelunruhe am ganzen Körper, besonders aber im Gesichte, ferner am linken Vorderarm, sowohl an Streck-, wie an Beugeseite, über dem Hand- und Ellenbogengelenk kreisförmig abgegrenzt, vollständige Anästhesie selbst für tiefe Eindrücke, die sonstige linke Körperhälfte deutlich hyperästhetisch mit Ausnahme der linken Gesichtshälfte, die, ebenso wie die ganze rechte Körperseite, überall normal empfindlich waren.

---

242) **Hauck.** Zwangloses zur Suggestion aus der Praxis.

(Der ärztliche Practiker 1896 Nr. 16.)

H. erzählt folgende 2 Fälle aus seiner Praxis:

1. Zu einem 1/2 jährigen Kinde gerufen, das eben von Krämpfen befallen war, hörte H. von dessen Mutter, die das bis dahin ganz gesunde Kind stillte, sie hätte vor dem letzten Anlegen auf der Strasse einen jungen Mann in epileptischen Krämpfen gesehen, worüber sie sehr erschrocken sei. Als sie dann ihr Kind stillte, traten bei demselben Krämpfe ein. Trotz Bädern und Chloralklystieren sistierten die Convulsionen nicht und das Kind starb einige Stunden nach Eintritt derselben. Nach Aufregungen der Mutter hatte es früher wiederholt dyspeptische Störungen bekommen.

2. Frau J. gab an, dass sie sich in der Schwangerschaft bei einem Brande erschrocken habe und dass ihr Kind, das sie stille, davon ein Feuermal auf dem Rücken davongetragen habe. H. fand eine thalergrosse teleangiektatische Geschwulst, die er

mit dem Paquelin zu entfernen beschloss. Frau J. kam aber nicht wieder, nach Wochen traf sie aber H. und hörte, jener Tumor sei einer Sympathiekur gewichen; sie habe eine Totenhand auf die Geschwulst gelegt, worauf diese allmählich verschwunden sei. In der That fand H. von der Geschwulst bloss noch eine Andeutung. Dass die sogen. Sympathie zur Beseitigung von Warzen hilft, davon hat sich H. wiederholt in der Praxis überzeugt.

---

243) **J. Frommer.** Onanie bei einem 2½jährigen Mädchen.

Gyógyászat 1896 No. 27. — Pester medic.-chir. Presse 1896 Nr. 28.

Die Mutter eines 2½jährigen Mädchens bemerkte bei letzterem seit längerer Zeit an den unteren Extremitäten eigentümliche plötzliche Bewegungen, welche kurze Zeit andauerten, worauf Zuckungen im Gesicht eintraten; nach einem solchen Anfall, der sich mitunter mehrmals am Tage zeigte, sei das Kind matt, reizbar und schlechtgelaunt.

F. hatte Gelegenheit, unmittelbar nach einem solchen Anfalle eine Untersuchung vorzunehmen. Die Umgebung der Schamspalte war mit glasartigem klebrigem Schleim bedeckt, die grossen Labien im Gegensatz zu der Wohlgenährtheit und des Turgors der übrigen Körperteile schlaff und gerunzelt, wie bei einem alten Weibe, der Scheideneingang klaffend, sodass die Spitze des Zeigefingers bequem einzuführen war, man bemerkte ausserdem öftere lebhafte Zusammenziehungen des Constrictor cunni, begleitet von raschen Verengerungen und Erweiterungen des Scheideneingangs. Aus diesem Befunde erhellte sofort die Diagnose „Onanie“; das Kind rieb Schenkel und Schamlefzen rasch an einander, und jedenfalls machte sich dann Orgasmus geltend, begleitet von jenen Zuckungen im Gesicht.

Wodurch wurde nun die Onanie begünstigt resp. hervorgerufen? Eingeweidewürmer fanden sich nicht vor. Das Kind wurde viel auf dem Arm getragen und bewegte sich sehr wenig. Beides wurde rectificiert, während der Anfälle kalte Begiessungen der Genitalien und Kreuzgegend vorgenommen und intern Bromkali gegeben. Nach 2 Wochen kam die Nachricht, die Anfälle seien seltener geworden; weitere Nachrichten stehen noch aus.

---

244) **C. Lopez.** Ein merkwürdiger Fall von vorzeitiger Entwickelung.

(Revista de la sociedad médica argentina 1895 No. 23. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 31.)

Ein 5jähriges Mädchen, welches seit dem 18. Monate menstruiert ist, ist 115 cm gross, hat entwickelten, behaarten Mons veneris und Brüste, die in ihrer Entwickelung denen einer zwanzigjährigen gleichkommen. Sie ist sexuell reizbar und leidet an moralischem Irresein. Aetiologisch war in der Ascendenz nichts Abnormes zu finden.

---

245) **Pluyette.** Menstruation précoce.

(L'abeille méd. 1896 No. 21. — Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 37.)

Die Menses zeigten sich zum 1. Male im 4. Lebensjahre und traten von da an, mit Ausnahme von 2 Monaten, wo aber vicariierendes Nasenbluten vorhanden war, regelmässig ein. Das Mädchen zeigte frühzeitige Entwickelung des ganzen Körpers und mass um die Taille 1,12 m.

---

246) **Haven.** Ein Fall von Metrorrhagia praecox bei einem kleinen deflorierten Mädchen.

Revue internat. de méd. et de chir. 1896 No. 1. — Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 38.)

Bei einem Mädchen von 5 1/2 Jahr trat eine starke Blutung aus den Genitalien auf, welche auf kalte Scheidenausspülungen hin stand. Die Anamnese ergab, dass das Mädchen 3mal mit einem 9jährigen Jungen, mit dem es zusammen schlief, geschlechtlich verkehrt hatte. Nur die erste Immissio penis hatte Schmerzen verursacht. Das Hymen war zerrissen.

H. ist der Ansicht, dass die Blutung aus dem Uterus stammte und infolge des Coitus auftrat.

---

247) **P. Krause.** Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Scheide eines jungen Mädchens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 37.)

Ein 6 Jahre altes Kind hat seit 2 Jahren starken weissen Fluss und heftigen Juckreiz an den Genitalien. Einige Aerzte haben bereits die Pat. in Behandlung gehabt; sie untersuchten nie lokal, sondern gaben nur Eisen.

K. fand zunächst starke Entzündung der beiden Labien, die intensiv gerötet und geschwollen schienen. An den Oberschenkeln erstreckten sich beiderseits streifenförmige Excoriationen bis zum Kniegelenk. Beim Auseinanderklappen der Labien quoll ein mässig starker Strom dicken, gelblichen, geruchlosen Eiters hervor. Der nächste Gedanke war: Pruritus vulvae infolge einer chronischen Kolpitis. Da bemerkte K., dass der Hymen etwas eingerissen war. Nun versuchte er, den kleinen Finger vorsichtig einzuführen, was mit der ersten Phalanx gelang, und jetzt stiess ein spitzer Gegenstand gegen die Fingerkuppe. Versuche, denselben mit der Péan'schen Klemme hervorzuziehen, misslangen, und erst bei oberflächlicher Narkose konnte durch vorsichtiges Hin- und Herbewegen wenigstens die Spitze bis vor die Vulva gezogen werden. Der Fremdkörper war eine Haarnadel. K. verfolgte den sichtbaren Schenkel derselben mit einer Sonde aufwärts und fand den anderen Schenkel vollständig in die hintere Scheidenwand eingespiesst. Die Spitze des letzteren wurde fühlbar, wenn K. den herausbeförderten Teil abwärts zog und mit der anderen Hand stark gegen das linke Labium drückte. Die Entfernung war sehr schwierig, da ja das Hymen möglichst geschont werden sollte. K. zog zunächst mit einer Klemme die Spitze der Nadel abwärts und knickte sie am höchsten Punkte des Schenkels,

der hierdurch sichtbar wurde, mit einer zweiten Klemme rechtwinklig ab; dann zog er an dem abgebogenen Stück und knickte wieder so hoch wie möglich ab, und so fort. Auf diese Weise gelang es, die Haarnadel vollständig zu entwickeln, ohne dass der Hymenalring einriss. K. spülte sodann die Scheide mit schwacher Carbollösung ab und tamponierte den Introitus mit einem Jodoformgazebausch aus. Tags darauf war das linke Labium sehr stark geschwollen und gerötet, es ragte als apfelgrosser Tumor hervor, der aber verschwand, als durch Druck einige Esslöffel gelben, rahmartigen, geruchlosen Eiters entleert wurden. Da das Allgemeinbefinden gut, die Temperatur normal wurden, liess K. jetzt nur noch 2 stündlich mittels einer kleinen Glasspritze schwach desinficierende Scheidenausspülungen machen, und nach einer Woche war völlige Heilung eingetreten.

Anamnestisch ergab sich noch, dass vor 2 Jahren, also als die Beschwerden der Pat. gerade ihren Anfang nahmen, ein recht boshaftes Kindermädchen plötzlich entlassen wurde. Dies dürfte wohl aus Rache die Nadel in die Scheide seines Pfleglings practiciert haben.

---

248) **Katzenstein.** Fall von Fremdkörper in der Trachea eines Kindes.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 29.)

K. wurde, wie er im Aerztl. Verein München (1. 4. 96) mitteilte, April 1894 zu einem $2^3/_4$ jährigen Kinde gerufen, das plötzlich beim Suppenessen von einem Erstickungsanfalle heimgesucht worden war. K. fand ein schweratmendes Kind mit croupartigem Husten und veranlasste die sofortige Ueberführung ins Hauner'sche Kinderhospital, wo das Kind 6 Wochen lang an Croup behandelt wurde. Nach der Entlassung hatte das Kind immer noch eine rauhe Stimme, musste viel husten und bei anstrengenden Körperbewegungen schwer atmen. Juli 1895 wieder ein Erstickungsanfall, das Kind wurde in die Kinderpoliklinik gebracht, wo es wegen „Trachealstenose“ und „suspecter Tuberculose“ behandelt wurde. August 1895 wieder ein Anfall. Es wurde im Diakonissenhaus eine laryngoscopische Untersuchung vorgenommen, welche in diagnostischer Beziehung ohne Erfolg blieb, in therapeutischer aber erfolgreich war, da die Stenose plötzlich verschwand. Am 27./4. 96 wurde der Pat. auf der Strasse von einem Anfalle betroffen, der rasch letal endete. Bei der Section fand sich in der Glottis ein Suppenknochen, der jene fast vollständig verschloss, und am Uebergang der Trachea in den Bronchus rechts eine geschwürartige Auflockerung der Schleimhaut; hier hatte offenbar der Fremdkörper die ganze Zeit festgesessen, hatte sich gelockert und war durch einen Hustenstoss in die Glottis getrieben worden. Die übrigen Organe zeigten keine pathologischen Veränderungen.

---

249) **Heidenheim.** Tod eines 14 jährigen Knaben durch Lymphosarcoma thymicum.

(Berliner klin. Wochenschr. 1896 Nr. 40.)

H. wurde eiligst zu einem 14jährigen Knaben geholt, weil der behandelnde Arzt nicht zu Haus war. Er fand den Pat. in hochgradiger Dyspnoë. Jener Arzt hatte Asthma diagnosticiert, das konnte aber nicht sein, das Hindernis sass nach Ansicht von H. im Kehlkopf oder dicht darunter. Diphtherie war sicher auszuschliessen; soweit der eingeführte Finger reichte, war kein Hindernis zu fühlen. Der Kehlkopf stand absolut ruhig; Spiegeluntersuchung war jetzt unmöglich. Das Atmungsgeräusch war bei In- und Exspiration gleich schwer. Lippen schon dunkelblau.

Da plötzlich hörte die Atmung völlig auf, der Puls verschwand. H. zog, soweit er konnte, die Zunge des Pat. heraus: langsam fing die Atmung wieder an und hob sich allmählig, sodass der Knabe wieder zum Bewusstsein kam. Solange H. die Zunge festhielt, atmete Pat. ruhig, tief und ohne Hindernis, jedoch wurde die Atmung sofort schwer und trat Erstickungsgefahr ein, sobald die Zunge losgelassen wurde. Er wurde jetzt tracheotomiert, worauf ruhige und tiefe Atmung eintrat, die auch anhielt. Pat. kam zum Bewusstsein und fühlte sich ganz wohl, nahm Nahrung zu sich, sprach u. s. w. 6 Stunden post. oper. fing der Puls an sehr schnell, unregelmässig und schwach zu werden, eine Stunde später trat trotz Excitantien der Tod ein.

Was war die Ursache der Erstickungsgefahr, was die Todesursache gewesen? Bei der Section zeigte sich die Trachea scharf eingebogen, und zwar dicht unter dem Kehlkopf, durch einen Tumor, der sich später als Lymphosarcoma thymicum erwies. Durch den Zug an der Zunge wurde also das Atemhindernis momentan beseitigt, ebenso durch die Canüle nach der Tracheotomie.

Die Anammese ergab, dass 5 Tage bevor H. gerufen wurde nach einem Glase kalten Bieres die Dyspnoë aufgetreten war. Der Hausarzt glaubte, eine plötzliche Erkältung des Magens habe Asthma hervorgerufen. Die Sache wird aber wohl so gewesen sein, dass der Knabe durch forciertes Hintenüberbiegen des Kopfes beim Trinken die Einknickung der Trachea erzeugte oder dadurch, dass er sich verschluckt und heftig den Kopf nach vorn gebeugt hat; durch ähnliche Bewegungen werden wohl auch die späteren Anfälle hervorgerufen worden sein.

Der plötzliche Tod kann nur durch Herzlähmung erklärt werden, die eine Folge von Vaguslähmung durch Druck des Tumors gewesen ist.

---

250) **H. Koeppe.** Plötzlicher Tod eines „gesunden" Kindes. Casuistischer Beitrag zu den Fällen von Thymushyperplasie.

(Aus dem patholog. Institut zu Giessen.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 39.)

Ein $7^1/_2$ Monate alter Knabe, der nur immer blass, sonst aber ganz gesund gewesen ist, und auch durchaus munter ins Bett gebracht worden ist, erwacht nach 2stündigem Schlafe, setzt sich im Bettchen auf, verdreht aber plötzlich die Augen und sinkt sofort mit einigen kleinen Zuckungen tot nieder.

Bei der Section findet man bei dem grossen, kräftig entwickelten und sehr gut genährten Kinde, das keinerlei Zeichen von Rhachitis darbietet, nur extreme Blässe der gespannten Haut und ausgesprochen pastösen Habitus, ausserdem starke Thymushyper-

plasie (Thymus 6,4 cm lang 6,7 cm breit und bis 2 cm dick, 52,9 gr schwer, bedeckt mit ihrem unteren breiteren Teil die obere Hälfte des Herzbeutels und reicht, sich nach oben allmählich verschmälernd, bis an die Schilddrüse heran), intensive Schwellung der Lymphdrüsen des Halses, an der Trachea und des Mediastinums an den Bronchien, ferner starke Schwellung aller Mesenterialdrüsen, der Solitärfollikel und Peyer'schen Plaques durch den ganzen Darm hindurch, ebenso der Follikel des Dickdarms.

Zur Erklärung solcher Todesfälle, deren K. etwa 40 in der Litteratur fand, scheint ihm am plausibelsten die Ansicht Paltauf's, dass es sich um eine Allgemeinerkrankung — „lymphatisch chlorotische Constitution" — handelt, bei welcher die Thymushyperplasie nur ein Symptom darstellt. Die hochgradige Blässe bei reichlicher Fettentwickelung, dazu die starke Lymphdrüsenschwellung, erinnert auch sehr an das Bild der Leukämie, nur fehlte hier der Milztumor.

---

251) **E. Siegel.** Ueber die Pathologie der Thymusdrüse.

(Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 40.)

Giebt es eine durch Thymushypertrophie bedingte Atemnot? Diese Frage wird klar beantwortet durch den von S. beschriebenen Fall, wo die Diagnose intra vitam gestellt und durch Fixierung der Thymus Heilung erzielt wurde.

Ein $2^1/_2$jähriges, in keiner Weise hereditär belastetes und bis dahin vollkommen gesundes Kind begann vor 4—5 Wochen plötzlich zu ziehen und zu keuchen. Es rasselte in seinem Hals, wie bei Verschleimung, nach Angabe der Eltern. Trotz verschiedener Behandlung bekam es nie recht Luft. Die Atemnot war eine dauernde; es traten jedoch häufig am Tage und in der Nacht plötzliche Anfälle auf, bei denen das Kind blau im Gesicht wurde, Zuckungen bekam, sich ängstlich herumwarf, nach Luft schnappte, bis es ihm gelang, einige tiefe Atemzüge zu thun. Danach erholte es sich wieder, die Blässe des Gesichts schwand, die Atemfähigkeit wurde jedoch keine normale.

Sogleich nach der Aufnahme wurde wegen hochgradiger Dyspnoë die Tracheotomie ausgeführt, obwohl die Untersuchung ergeben hatte, dass Rachen und Kehlkopf frei waren, auch Zeichen anderweitiger Erkrankung nicht constatiert werden konnten, abgesehen von einer kleinen Dämpfungszone an der vorderen Brustwand über der oberen Sternalpartie. Die Operation hatte keinen rechten Erfolg; die Atmung blieb erregt, angestrengt, das Aussehen ängstlich und livid. Alle Versuche, event. tiefer sitzende Membranen mit dem Luftröhrenkatheter zu entfernen, scheiterten. Durch die Canüle entleerte sich nur wenig zäher Schleim. Es traten jetzt noch Temperatursteigerungen bis zu 40° auf, welche vorher nicht vorhanden gewesen waren, der Puls wurde sehr klein und frequent, sodass zweistündlich $^1/_2$ Spritze Campher (2 : 10) ordiniert wurde. Der Grund war eine heftige Bronchitis mit reichlichem Rasseln, zähem Auswurf. Nach Ablauf derselben waren immerhin die dyspnoischen Erscheinungen einige Tage lang sehr gemildert; das Kind erholte sich sichtlich. Diphtheriebazillen wurden im Auswurf nicht gefunden; er bestand nur aus Fibrin und Haufen von weissen Blutkörperchen. Es trat jedoch bald wieder der alte Symptomencomplex dyspnoischer Stenosierung der Atemwege ein, und nachdem jetzt eine lange, bis auf die Bifurkation reichende Canüle eingeführt war, atmete das Kind vollkommen ruhig und erholte sich in den nächsten 4 Wochen leidlich. Nach Wegnahme der Canüle trat jedesmal wieder heftige Atemnot ein. Indessen verursachte die lange Canüle Decubitus mit blutig tingiertem Auswurf und eine sich immer weiter ausbreitende Bronchitis. Die lange Canüle musste deshalb durch eine kürzere ersetzt werden. Der Knabe bekam nun wieder häufig kurzdauernde Erstickungsanfälle eigener Art. Er wurde blau, ängstlich, zuckte mit den Extremitäten, zog zischend Luft ein, warf sich ängstlich in die Höhe und drohte, jedesmal im Anfall zu bleiben.

In differential-diagnostischer Hinsicht war in Betracht zu ziehen, dass es sich um eine die Trachea tief unten oder die Bronchien comprimierende Ursache handeln musste, um eine geschwollene mediastinale Lymphdrüse oder Carcinom oder Sarcom, oder aber auch um eine Hyperplasie der Thymusdrüse. Deshalb unternahm Dr. Rehn trotz der Gefahr, welche dem Knaben durch die Eröffnung des Mediastinum durch eine Infection von der meist eitererfüllten Canülenwunde drohte, die Operation. Schnitt unterhalb der Canülenöffnung beginnend in der Medianlinie bis zum Sternalrande und noch $1^1/_2$ cm über denselben nach unten. Durchtrennung von Haut und Fascie. Nach Unterbindung einer grösseren quer verlaufenden Vene wird der vordere Mediastinalraum von oben her eröffnet und es wölbt sich sofort bei jeder Einatmung ein haselnussgrosses Stück der weisslich-grau gefärbten Thymusdrüse hervor, welches bei der Exspiration wieder zurücksinkt. Die Canüle wird jetzt entfernt. Die Atmung bleibt trotzdem ruhig. Die Thymusdrüse wird an ihrem oberen Pol mit der Pincette gefasst, möglichst weit hervorgezogen, soweit dies ohne starke Zerrung geschehen kann, und mit drei Nähten an die Fascie über dem Brustbein befestigt. Hautnaht-Verband.

Tags darauf Temperatur 39,8°. Aus der Canülenöffnung reichlich eitriger Auswurf. Auf den Lungen Rasseln und Giemen. Entfernung der Canüle. Ruhige Atmung.

Nach zwei Tagen Fieber über 39°, elendes Allgemeinbefinden, dann normale Temp. und Besserung des gesamten Zustandes, ruhige Atmung. Etwa sechs Wochen post. oper. kann das Kind mit blühendem Aussehen, ohne Spur von Dyspnoë entlassen werden.

---

252) **O. Hagen-Torn.** Die englische Krankheit und die Abhängigkeit derselben von der relativen Feuchtigkeit.

(Wratsch 1896 No. 17. — Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896 No. 7.)

Bei der Betrachtung der Karte Russlands und der Quantität der relativen jährlichen Feuchtigkeit der Luft in seinen verschiedenen Gebieten, fiel es H. auf, dass dort, wo die relative Feuchtigkeit eine höhere ist, auch die Rhachitis stärker verbreitet ist und dass mit dem Sinken der ersteren die Krankheit abnimmt. H. kommt nun zu folgenden Schlüssen:

1. Die Rhachitis ist eine von der relativen, jährlichen Feuchtigkeit des betreffenden Ortes abhängige, endemische Krankheit. Dadurch lassen sich auch die Schwankungen der Häufigkeit derselben zu den verschiedenen Jahreszeiten erklären.
2. Die Verdauungsstörungen bei der Rhachitis sind eine Folge derselben.
3. Die Krankheit documentiert sich durch Veränderungen in allen Organen.
4. Die Ernährungsstörungen des Organismus und des Knochenwachstums sind Folgen der Stoffwechselalterationen.
5. Diese letzteren aber werden durch das Verhalten der Feuchtigkeit in den Körpergeweben bedingt.
6. An Oertlichkeiten, wo die relative jährliche Feuchtigkeit über 8° beträgt, ist die Rhachitis sozusagen ein physiologischer Zustand, an solchen mit 8—7° Feuchtigkeit entwickelte sie sich nur bei besonders ungünstigen Verhältnissen, bei einer Feuchtigkeit von unter 7° kommt die Rhachitis überhaupt nicht vor.

---

253) **Hauser.** Ueber Tetanie der Kinder.

(Berliner klin. Wochenschr. 1896 No. 35.)

H. hat, um die Tetanie-Frage zu klären, ca. 280 Kinder aus der Kinder-Poliklinik der Berliner Charité im Alter von 10 Tagen bis 10 Jahren genau untersucht und fasste die gewonnenen Resultate in einem Vortrage in der Berliner medic. Gesellschaft (10. 6. 96) in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es giebt auch im Kindesalter eine echte Tetanie; dieselbe verläuft in einem Teile der Fälle genau unter dem von der Tetanie des Erwachsenen bekannten Krankheitsbilde: sie bietet als auffälligste Erscheinung die charakteristischen Extremitätencontracturen dar. Daneben findet man stets das eine oder andere, häufig sämtliche Symptome der sogen. Trias. Ausser den tetanischen spielen Stimmritzen- und eclamptische Krämpfe eine wichtige, oft prognostisch entscheidende Rolle. Die Aetiologie der kindlichen Tetanie ist noch nicht klargestellt. Thatsache der Erfahrung ist, dass die Tetanie selten ganz gesunde Kinder ergreift. Die Rhachitis scheint ein erhebliches disponierendes Moment abzugeben. Das directe, reflexauslösende Moment, die Gelegenheitsursache scheinen öfters Magen-Darmstörungen zu sein. Es ergiebt sich dies einmal aus der Häufigkeit des Zusammentreffens von Tetanie mit acuter Dyspepsie, sodann aus dem Erfolg einer gegen letztere gerichteten Therapie. — Die Kindertetanie ist eine gefährliche und häufig zum Tode führende Krankheit. Ihre Therapie kann nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nur in den Fällen eine causale sein, in denen mehr oder weniger ausgesprochene Verdauungsstörungen bestehen. Hier hat man eine thunlichst rasche Entleerung des Verdauungskanals durch Magenausspülungen und Abführmittel, eine Entfernung von voraussichtlich vorhandenen Toxinen zu erstreben, einer Neubildung derselben dadurch entgegenzuarbeiten, dass man Eiweissfäulnis vermeidet, d. h. eine zu gefährlichen Umsetzungen nicht reizende Amylaceennahrung für einige Zeit einführt. In allen anderen Fällen kann die Behandlung nur eine in ähnlichem Sinne gehaltene diätetische sein, im Uebrigen aber symptomatisch durch Einverleibung leichter Narcotica (Brom, Chloralhydrat) gegen die Krämpfe, speciell die gefährlichen Laryngospasmen sich richten.
2. Neben der mit typischen Extremitätencontracturen einhergehenden Tetanie giebt es im Kindesalter eine sog. latente, d. h. bezüglich eben jener Krämpfe latente Tetanie. Ihre Diagnose gründet sich mit Sicherheit auf den Nachweis der erhöhten galvanischen Nervenerregbarkeit, welche in dieser Weise sonst bei keiner anderen Krankheit vorkommt; dasselbe gilt für das Trousseau'sche Phänomen, falls es vorhanden. Ein hochgradig entwickeltes Chvostek'sches Phänomen kann die Diagnose stützen, ist aber ohne eines der beiden anderen Symptome der Trias nicht beweisend.
3. Solche Fälle latenter Tetanie bieten als hervorstechendste Krankenerscheinung häufig schweren Spasmus glottidis.

Alle Fälle von Spasmus glottidis, besonders solche hohen Grades, müssen deshalb zur Untersuchung auf tetanische Symptome, speziell das Erb'sche und Trousseau'sche Phänomen auffordern.

4. Die überwiegende Mehrzahl aller Fälle von Spasmus glottidis hat mit der Tetanie ätiologisch nichts zu thun; vielmehr ist daran festzuhalten, dass zwischen dem Spasmus glottidis und der Rhachitis Beziehungen bestehen müssen, die wahrscheinlich mehr wie ein Zusammentreffen bedeuten.
5. Der Spasmus glottidis steht in keinem auch nur einigermassen gesicherten causalen Verhältnis zur Craniotabes.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

45) **Paraldehyd bei einem Falle von Tetanus traumaticus** bewährte sich, wie Z. Schabad mitteilt, ausgezeichnet, indem der 11jährige Knabe, der im Verlaufe von 10 Tagen 66 gr des Mittels (pro die 2—4—8 gr) erhalten hatte, ohne davon irgend einen Schaden zu acquirieren, bald genas und gesund entlassen werden konnte.

(Medicinskoje Obosrenje 1896 No. 9. — Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896 No. 8.)

46) **Pneumococcenconjunctivitis**, die bisher nur in Paris und Siena sporadisch vorgekommen ist, hat Axenfeld, wie er auf dem 25. Ophthalmologischen Congress in Heidelberg (5.—8. August 1896) mitteilte, in Form von zwei kleinen Epidemien in der Nähe von Marburg beobachtet. Vorwiegend waren Kinder, besonders Schulkinder erkrankt, nur 3 mal Erwachsene. Der Verlauf war durchweg ein günstiger, meist sehr milder: sehr oft anfangs Schnupfen, dann leichtes Lidödem, Thränensecretion mit kleinen eitrigen Flocken, diffuse Injection der Conjunctiva, sehr oft auch der Conj. bulbi, in der sich kleine Hämorrhagien und sogar Phlyctänen bildeten. Hornhaut- und Thränensackcomplicationen kamen nicht vor. Fast immer nach 3—5 Tagen (nur bei zwei Erwachsenen später) hörte die Secretion auf, es erfolgte schnelle Spontanheilung. Während der Secretion waren die Pneumococcen in dichtester Reincultur vorhanden, doch gelang es weder mit Culturen, noch mit dem Secret, einen positiven Impferfolg zu erzielen. Wenn überhaupt Contagiosität besteht, so setzt dieselbe jedenfalls eine sehr ausgesprochene individuelle Disposition voraus. Eine Schule braucht deshalb nie bei solcher Epidemie geschlossen zu werden. Wohl aber ist zu fordern, dass bei allen Schulepidemien von den Behörden die bacteriologische Untersuchung veranlasst wird, um die gutartigen Formen von den schweren zu trennen. Die Differentialdiagnose ist fast immer schon durch die Deckglasuntersuchung der Secrete möglich; gegenüber den Gonococcen liefert die Gram'sche Färbung der Pneumococcen einen sicheren Anhalt. — Discussion: Adler beobachtete in einem Waisenhause bei Wien eine Hausepidemie von Conjunctivitis. Die Erscheinungen waren die gleichen, wie sie Axenfeld schilderte, der Verlauf gutartig. Auch der Hausarzt und mehrere Pflegerinnen erkrankten. Hippel sen. macht darauf aufmerksam, dass bei Gegenwart des gleichen Microorganismus sehr verschiedene klinische Krankheitsbilder vorhanden sein können. Das sah er z. B. in der letzten Zeit bei der Diphtheria conjunctivae. Einmal war die croupöse Form mit leichtem Verlauf, ein andermal diphtheritischer Belag mit Zerstörung der Cornea zu beobachten; endlich fanden sich bei einem alten Mann, der am Staar operiert worden war, am 6. oder 7. Tage bei sonst normalem Befunde in einer kleinen Schleimflocke im medialen Augenwinkel vollvirulente Bazillen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 40.)

47) **Beinfracturen bei Kindern** sind oft schwer zu diagnosticieren. Schinzinger fand hier folgenden „Kunstgriff“ vorteilhaft: „Man lege die Kleinen ausgekleidet auf einen Tisch, kitzle abwechselnd die beiden Fusssohlen; dasjenige Bein, welches sich dabei ruhig verhält, ist das fracturierte.“

(„Mitteilungen aus dem Gebiete der Luxationen und Fracturen“, Freiburg 1896, Herder's Verlag.)

48) **Ascaris lumbricoides als Ursache einer heftigen Urticaria** lernte Ritter (Gaukönigshofen) kennen. Ein 12jähriges Mädchen erkrankte plötzlich, nachdem mehrere Tage vorher Diarrhoë und Appetitlosigkeit bestanden hatten, an ausgebreitete Urticaria mit den typischen Erscheinungen (starkes Ödem der unteren Augenlider). Auf kalte Bäder mit nachfolgenden Essigabwaschungen und Einpuderung der am meisten juckenden Stellen erfolgte bedeutende Besserung des vorher unerträglichen Juckreizes und Zurückgehen der Quaddeln, was aber nur 5—6 Stunden anhielt. Am Abend desselben Tages erschien der Vater und meldete, dem Kinde wäre eine Stunde vorher übel geworden, es hätte gespürt, wie etwas aus dem Magen nach oben stieg, es sei ein heftiger Brechanfall gekommen und dabei ein grosser Wurm erbrochen worden. Da am nächsten Tage Leibschmerzen sich geltend machten, die Urticaria sich wieder über den ganzen Körper verbreitet hatte, leichtes Fieber und Verstopfung bestand, verordnete R. Calomel und Santonin. Tags darauf gingen 2 Spulwürmer im Stuhl ab, die Urticaria verschwand darauf momentan, es stellte sich Wohlbefinden ein, und seitdem ist das Kind gesund. („Die Praxis“ 1896 No. 19).

49) **Ein neues Kinder-Nachtgeschirr**, construiert von Th. Kolmsperger (München) empfiehlt S. R. Dr. L. Fürst (Berlin). Bei Kindern von 1—5 Jahren, welche das Nachtgeschirr sitzend benutzen, zumal bei Knaben, kommt ein Übelstand häufig vor: Während des Urinierens fliesst nämlich bei den bisher in Gebrauch befindlichen Geschirren leicht der Harn über den Rand weg und macht die Strümpfe und Kleidchen, die Beine, den Boden nass. Diesem unangenehmen und unhygienischen Zustand hilft eben in einfacher und praktischer Weise das neue Geschirr ab durch einen Auffangtrichter, welcher zugleich der hohle Henkel des Topfes ist. Die elliptisch geformte Trichteröffnung beginnt 5 cm über dem Sitzrande und erstreckt sich durch den Anschluss des Rohrhenkels mittels eines Ausschnittes in der Topfwandung noch auf 3 cm unter den Sitzrand. Hierdurch wird zugleich das Zurückspritzen des tiefer einlaufenden Urins verhindert, indem derselbe genötigt ist, durch den hohlen Henkel in den Topf zurückzulaufen. Körper, Kleidung, Bettvorleger bleiben trocken, eine nicht unwesentliche Ursache der Luftverderbnis in der Kinderstube kommt in Wegfall. Der Topf ist aus Eisenblech gestampft, gut emailliert, fast unverwüstlich; er kostet Mk. 3.— (Zeitschrift f. Krankenpflege 1896 No. 9.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

23) **Otto Seifert.** Recepttaschenbuch für Kinderkrankheiten.
Wiesbaden 1896, Verlag von J. F. Bergmann (Preis: Mk. 2,80).

Seifert's Recepttaschenbuch für Kinderkrankheiten liegt in der 3. Auflage vor, und, da die erste 1891 erschienen ist, kann man sehr wohl von einem bedeutenden äusseren Erfolge reden. Bekanntlich lässt aber letzterer nicht immer Schlüsse zu auf den inneren Wert eines litterarischen Unternehmens. Bei Seifert's Büchlein ist jedoch die Würdigung, die dasselbe in weitesten Kreisen gefunden hat, eine wohlverdiente, durch die Güte des Gebotenen gerechtfertigte. Den Hauptteil des handlichen Werkchens nimmt eine alphabetische Aufzählung aller Arzneimittel mit Receptformeln, Indicationen, Dosierung u. s. w. ein, und ist dieser Teil recht genau und zweckmässig abgefasst. Es folgen dann noch zahlreiche Capitel, unter denen wir besonders nennen: „Durchschnittliche Dosen für die verschiedenen Altersklassen“, „Mittel zur Anwendung auf das Rectum“, „Mittel zur Anwendung in Pulverform auf die Schleimhäute“, „Bäder“. In der neuen Auflage sind Streichungen manches Ueberflüssigen aus früheren Auflagen, z. B. gewisser Diphtheriemittel, Autorennamen etc. mit Recht vorgenommen worden, dafür wurde neu eingeführten Arzneikörpern der ihnen gebührende Raum gewährt; nicht einverstanden sind wir mit der Fortlassung der Preisangabe der Recepte, da dieselbe bisweilen dem Praktiker recht gute Dienste leistet. Seifert's Büchlein wird sicherlich wieder nicht nur in den Kreisen der Kinderärzte, sondern auch in denen der prakt. Aerzte hochwillkommen sein!

24) P. Meissner. Microscopische Technik der ärztlichen Sprechstunde. Berlin 1896, Verlag von Boas & Hesse. (Preis: 80 Pfg.)

Der vorliegende kurze Leitfaden, der die Behandlung des Microscops, die Technik des Microscopierens im allgemeinen, sowie die einzelnen Färbemethoden beschreibt, eignet sich vorzüglich für den Anfänger. Derselbe braucht hier nicht lange zu suchen, was er gerade wissen will, sondern findet es rasch und so präcis dargestellt, dass das Orientieren ungemein leicht ist. Das Büchlein sei darum allen Praktikern warm empfohlen!

25) J. Bornträger. Die neue preussische Gebührenordnung. Leipzig 1896. Verlag von H. Hartung & Sohn. (Preis 1 Mk.).

Am 1. Januar 1897 tritt die neue preussische Gebührenordnung in Kraft, und es wird nunmehr Zeit, sich mit ihr vertraut zu machen und auch zum späteren Nachschlagen ein Büchlein sich zu besorgen, in dem man event. Commentare über unklare Punkte und Aufklärung über wichtige Einzelheiten erhält. Als solches Hilfsbüchlein präsentiert sich das vorliegende Werkchen, und zwar in sehr vorteilhafter Weise, sodass es zu den genannten Zwecken den Collegen empfohlen zu werden verdient. Das Werkchen enthält 4 Capitel: Allgemeines über Stellung und Bezahlung des Arztes und über Medicinaltaxen", „Die neue Gebührenordnung mit eingehenden Erläuterungen", „Aerztliches Rechnungswesen", „Gebühren für amts- und gerichtsärztliche Thätigkeit". Alle 4 Abschnitte haben eine sorgfältige Bearbeitung gefunden und sind in klarer Weise abgefasst, alle Eventualitäten sind berücksichtigt worden und so ist das Bornträger'sche Büchlein als durchaus willkommene Gabe zu betrachten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.) Naumburg a. S.

Namenverzeichnis.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

Sachverzeichnis.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.



S.

T.

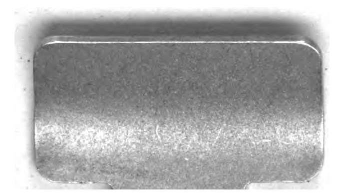
U.

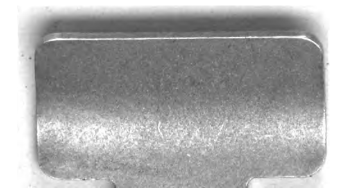
V.

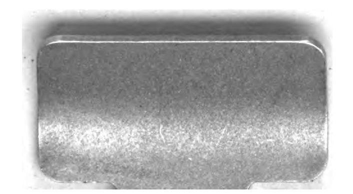
W.

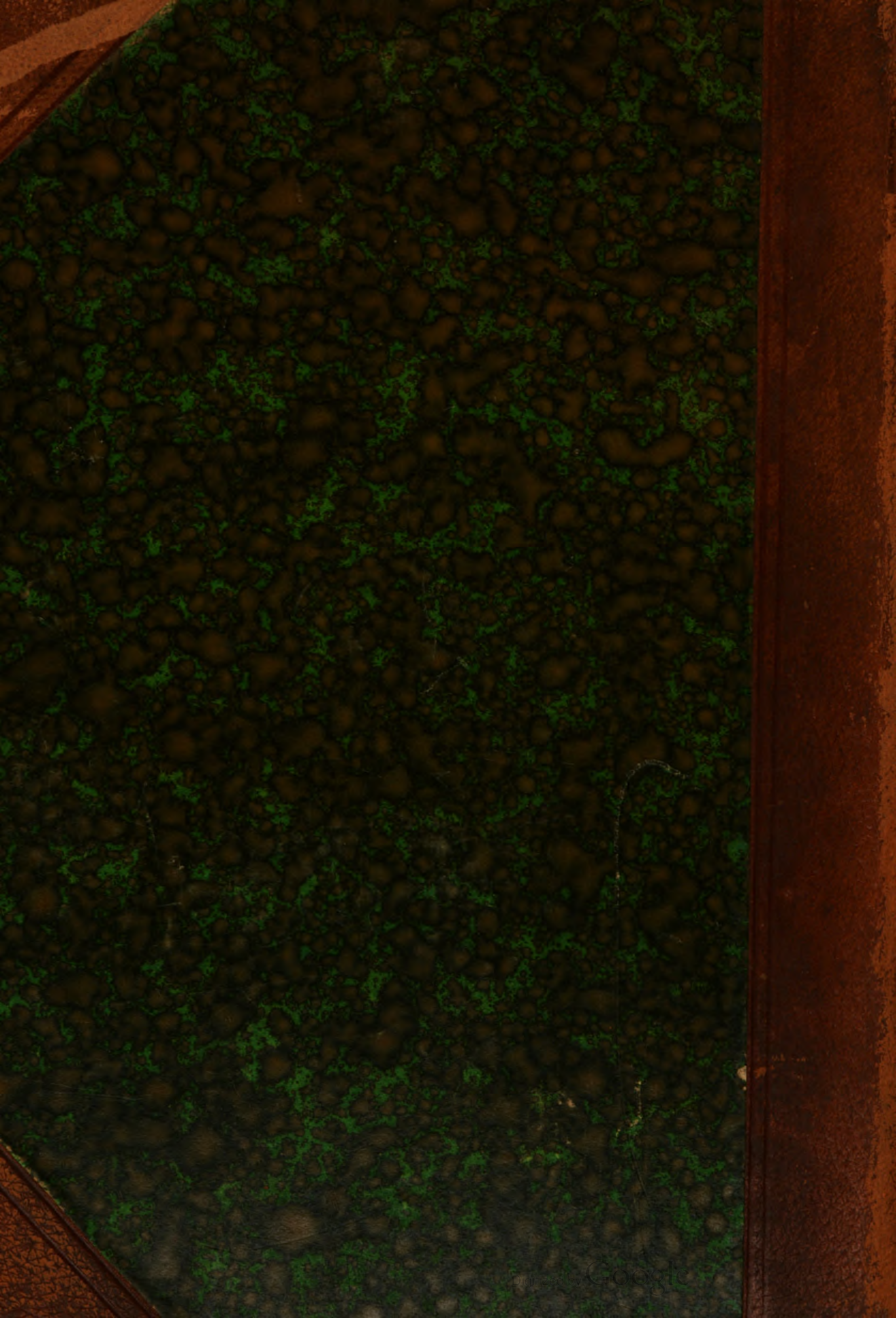
X.

Z.






Digitized by Google